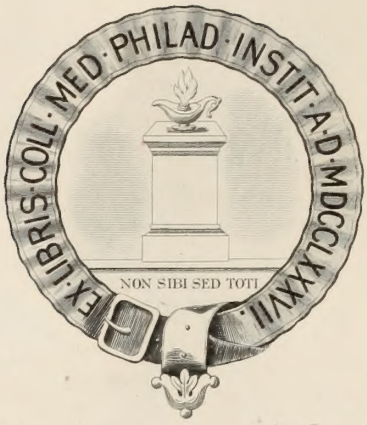
62236

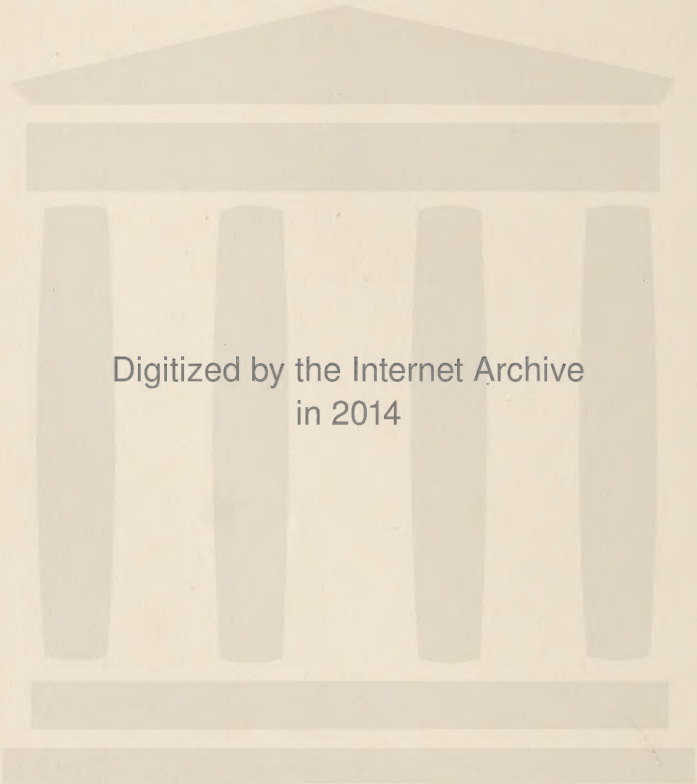


Class _____ No. _____

Presented by

H. A. Hare, M. D.

$2.60



Digitized by the Internet Archive
in 2014

https://archive.org/details/newyorkermedizin1419unse

New Yorker

Medicinische Monatsschrift.

Officielles Organ der

Deutschen Medicinischen Gesellschaften der Staedte New York, Chicago, Ill., Cleveland, O. und San Francisco, Cal.

Herausgegeben und redigirt von

Dr. A. RIPPERGER.

Band XIV.

Januar-December,

1902.

NEW YORK.

DRUCK DER CHEROUNY PRINTING AND PUBLISHING CO.

17 to 27 Vandewater Street, N. Y.

MAR 19 1903

New Yorker Medicinische Monatsschrift.

Herausgegeben und redigirt von Dr. A. Ripperger.

Inhaltsverzeichniss von Bd. XIV.

Seite.

A.

Abdominaltyphus, Behandlung 8
— Behandlung mit Ichthoform und Ichthyolbädern 235
— Diagnose 35, 95
— Discussion 69, 130
— Exploralivlaparotomie... 214
— Hygiene 35, 95
— Klinik der nervösen Erscheinungen 266
— Prophylaxe 38
— Roseolenuntersuchung auf Typhusbacillen 266
— Widal'sche Probe..... 35
Abducenslähmung 279
Achylia gastrica..... 509
Adenolipomatase symmetrique cervicale 173
Aerzte, angeklagt des Vergehens der durch Unvorsichtigkeit verschuldeten Tödtung 93
Aerztliche Ethik.....14, 141, 529
Agglutination der Tuberkelbacillen 162
Agurin 268

Seite.

Airolpaste 87
Alopecie, totale..... 555
Aluminiumbronzedraht in der Chirurgie 215
American Dermatological Association, 28. Jahresversammlung 378
— Transactions 550
American Gynecological and Obstetrical Journal..... 43
Anaemia simplex secundaria. 509
Anaemie, Behandlung mit Gude's Pepto-Mangan..... 518
— perniciöse 277
Antidiarrhoicum, ein neues... 186
Antitussin 518
Anus praeternaturalis vestibularis 67
Apentawasser bei Appendicitis. 425
— bei Fettsucht..... 471
Appendicitis, Diagnose..... 285
— Discussion 315
Appendixspitze, Carcinom ders. 223
Argentum colloidale Credé, 89, 137, 184, 282, 375, 558
— in der Augenpraxis.... 420
Aristochin 500

Seite.

Arzneimittel, die neuesten und ihre Dosirung..... 157
— Verfälschung 45
Arzneiverordnung, Compendium 64
Arzt, das Recht des, über Leben und Tod des ungeborenen Kindes..... 396
Aspergillus niger..... 453
Aspirin 41, 423
Astasie-Abasie 452
Atropin bei Ileus.....189, 366
— bei Bleikoliken..... 265
Auge, Complicationen seitens des bei Stirn- und Siebbeinhöhle-Empyem 333
— Concrementbildung..... 276
— Plaques muqueses auf der Bindehaut..... 34

B.

Bad Kissingen..... 188
Bad Kreuznach..... 379
Basedow'sche Krankheit..... 560
Bauchchirurgie 262
Belgische Gesellschaft für Chirurgie, Jahrescongress..... 332
Berufskrankheiten des Ohres und der oberen Luftwege.. 442
Bettbäder 187
Biographie Clinics..... 520
Blasendivertikel 280
Bleikoliken, Behandlung mit Atropin 265
Bleivergiftung, seltene Ursachen 265
Blenorrhoe, Behandlung..... 181
Blutdruckmesser von Rivarocci 281
Blutungen, unstillbare im Anschluss an die Geburt..... 416
Buckelmessung, perimetrische. 22

C.

Carbunkel 41
Carcinom, Aetiologie..... 445
— der Appendixspitze..... 223
— der Gallenblase.....30, 445

Seite.

— des Magens....164, 445, 563
— der Mamma..... 169
— des Oesophagus..... 174
— des Scrotums..... 445
— des Uterus..... 364
Centralblatt, biochemisches.... 474
Chicago, Deutsche Medicinische Gesellschaft...472, 503
— Schliessung der Northwestern Woman's Medical School..... 42
Chinin als Stypticum und Antisepticum 22
Chorea recurrens..... 509
Chorioma uteri..... 314
Citrophen 137
Cleveland, Deutsche Medicinische Gesellschaft..... 42
Cocain 498
— Intoxication, acute.—.— 213
Cocainisirung des Rückenmarkes nach Bier..... 213
Collargolsalbe 374
Concrementbildung im Auge.. 276
Congress, 14. internationaler medicinischer in Madrid. 141, 379
Creosotal bei Croup..... 519
Cretinismus 222
— sporadischer 27
Croup, Behandlung mit Creosotal 319
Cuprum citricum bei Trachom 517

D.

Darmintussusception 366
Darminvagination 166
Dermatotherapie, homogene.. 123
Dermolampe 91, 516
Deutsche Naturforscher und Aerzte, 74. Versammlung.. 378
Diabetes mellitus, Aetiologie.. 268
Digitalis 370
Dionin Merck..... 185
Diphtherieheilserum - Injectionen, gefolgt von Tetanus... 45
Divertikel-Nabel-Kothfistel.... 273

62236

Seite.

Dormiol bei Epileptikern..... 263
Ductus arteriosus Botalli, offen gebliebener 564
Ductus omphalo-mesentericus, offen gebliebener..... 273
Duralinfusion 163
Dysenterie, Behandlung..... 339
Dysmenorrhoe, Fliess'sche Behandlungsmethode der..... 506
Dyspepsie, nervöse..... 481

E.

Eczem, juckendes..... 274
— parasitäre Natur 122
Eisentropon 236
— bei Tuberculose..... 136
Empyeme der Kieferhöhle, Radicaloperation von der Nase her 25
Endocarditis acuta..... 509
— Behandlung mit Argentum colloidale.....89, 375
Entero - Anastomose, Darmknopf dafür..... 510
Esmarch's 80. Geburtstag.... 141
Eucainisirung des Rückenmarkes 212

F.

Facialislähmung, doppelte periphere 28
— Parese nach spontaner Geburt 37
Fadenbacillus, Bedeutung des für die Frühdiagnose des Magenkrebses 164
Fettgewebsnecrose, multiple abdominale 442
Fettsucht, Behandlung mit Apentawasser 471
Finsenlampe, eine neue..... 91
Fingernägel, Erkrankungen ders. 475
Fluctuationsnachweis bei Pleuraergüssen 164
Fremdkörper in der männlichen Harnblase..... 125
— seltener in der Harnröhre 124
Fruchtabtreibung durch Gifte. 217

Seite.

G.

Gallenblase, Exstirpation wegen Adeno-Carcinomes. 30
— Carcinom 445
Gallensteine 370
Gallenwege, Verengerung.... 272
Geburten, präcipitirte..... 269
Geburtshülfe in Florida..... 355
— stereoscoptische Aufnahmen 552
Geburt, unstillbare Blutungen im Anschluss an dieselbe... 416
Gehirnsyphilis 509
Gehörstörung durch Aspergillus niger..... 453
Gelenkentzündung, gonorrhoische, Behandlung ders..... 39
Glutol 40, 88
Glycocollvorrath des thierischen Organisums..... 21
Grand Rapids X-Ray Manufacturing Company..... 236
Gude's Pepto-Mangan 90, 188, 283, 518
Gymnastik 447
Gynäcologie, Lehrbuch..... 159

H.

Hamburg - Amerika - Linie, deren Verbrauch an Arzneimitteln und Verbandmaterialien 141
Harnantiseptica 282
Harnblase, Fremdkörper in ders. 125
Harnröhre, seltener Fremdkörper in ders..... 124
Harnröhrenstrictur, Behandlung mit Electrolyse..... 126
Hautkrankheiten einschliesslich Syphilis, Compendium.. 14
Herausforderung an Professor Lorenz..... 473
Herzkrankheiten, Behandlung mit Kreuznacher Bädern... 448
— Compressionstherapie... 166
Herznaht..... 215
Hirntumor..... 563

Seite.

Hirn und Hirnhäute, otitische Erkrankungen..... 262
Hitzschlag auf Märschen..... 361
Hodencarcinom 445
— Tuberculose 220
Hodgkin'sche Krankheit..... 179
Hypospadie - Operation, Prioritätsfrage 83

I.

Ichthargan zur Behandlung der Blenorrhoe..... 182
Ichthoform 235
Ichthyolbäder 235
— Salbe 374
Idiotie, amaurotische familiäre 127, 278
Ileus, Behandlung mit Atropin. 189, 366
Indiana, South Bend College of Optics..... 473
Influenza bei Masern..... 161
Ischias, Behandlung..... 23

J.

Jack'sche Anaemie..... 220
Jahrbuch der practischen Medicin 360
Jod, Kenntniss der Gefässwirkung dess. 501
Jodipin 502

K.

Keratoconus 459
Keuchhusten, Behandlung mit Antitussin 518
— — mit Aristochin..... 500
Kind mit ungleichmässiger Entwicklung beider Körperhälften 555
Knochencallus, Einfluss der Stauung auf die Entwicklung desselben..... 23
Krebsforschung 444
Krebskrankheit, ein dies. begleitendes noch wenig bekanntes Symptom..... 20
Kreuznacher Bäder zur Behandlung Herzkranker..... 448

Seite.

L.

Leberatrophie, acute gelbe.... 564
Leucaemie 453
— lymphatische 29, 179
Leucocythaemie 219
Lichen ruber planus..... 280
Lichtbehandlung mittels der Dermolampe 516
Literatur, obscoene medicinische 258
Lues acquisita..... 363
Lumbago und Muskelrheumatismus, Behandlung..... 40
Lunge, Neubildung..... 279
Lungenblutungen, Behandlung mit subcutanen Gelatineinjectionen 20
Lungenemphysem, Aetiologie. 264
— Sarcom 280
— Tuberculose, Therapie mittels Stauungshyperaemie 165
— — medicamentöse Bekämpfung des Fiebers bei ders. 19
— Tumor 364, 557
Lymphangitis, Massage bei derselben 123
Lymphcysten bei einem neugeborenen Kinde..... 560
Lymphome, Beitrag zur Lehre ders. 167

M.

Magencarcinom 445, 563
— Frühdiagnose 164
Magengeschwür, Behandlung mit Xeroform..... 373
— Tetanische Anfälle bei dems. 458
Magensaftfluss 461, 458
— Discussion 462
Mammacarcinom, Oophorectomie bei dems. 169
Masern, Influenza bei dens... 161
Massage, Cursus..... 447
Materia Medica, Pharmacy, Therapeutics, Handbook..... 495
Maul- und Klauenseuche..... 558

Seite.

Medical Jurisprudence and Toxicology, Text-Book..... 496
Medicinische Presse, internationale Vereinigung ders.... 91
Meningocele 365, 565
Merck's Bericht über das Jahr 1901 157
— Index 551
Microphotogramme, ein einfaches Verfahren zur Herstellung ders. 53
Morbus Basedowii..... 560
Morphiumvergiftung 368
Muskelatrophie, progressive.. 510
Mutter, das Recht ders. über Leben und Tod des ungeborenen Kindes..... 396
Myopie, Operation.....130, 280
Myxoedem 30, 222

N.

Nachgeburt, vorzeitige Lösung. 271
Nasenrachentumoren, Operation ders. 143
— Discussion 177
Nephritis, Heilung der chronischen durch Operation.513, 521
Nervenkrankheiten, Lehrbuch. 142
Neurectomie, intracranielle.... 280
New York County Medical Society 256
— Deutsche Medicinische Gesellschaft.....26, 68, 127, 168, 314, 452, 565
Nieren- und Bauchchirurgie, functionelle Nierenuntersuchung bei ders..... 211

O.

Obstetrics, Text-Book..... 495
Oesophaguscarcinom 174
Ohr, Krankheiten dess. 553
— und obere Luftwege, Berufskrankheiten ders.... 442
Ohrläppchen, Verhornung desselben 557
Oophorectomie für inoperabeles Mammacarcinom..... 169
Operations-Vademecum 554

Seite.

Opthalmia gonorrhoica, Behandlung mit Collargolum.. 420
Orbita, Phlegmone ders..... 47
Organotherapie der Fettstühle bei Pancreaserkrankung.... 233
Orthoform, Nebenwirkungen desselben 39
— Vergiftung 284
Otitische Erkrankungen des Hirns, der Hirnhäute und der Blutleiter 262
Ovarialtumor 152

P.

Pancreaserkrankung, Organotherapie 233
— Pathologie 442
Pankreon 233
Parametritis posterior..... 1
— — Discussion 133
Paratyphus 69
Pasta serosa Schleich's..... 123
Pathologie und Therapie, specielle 158
Peritonitis, tuberculöse..... 220
Pettenkofer-Denkmal 566
Phlegmone der Orbita..... 47
Phosphorbehandlung der Rachitis 267
Phthisiker, Temperatursteigerungen bei dens. nach leichten Körperanstrengungen... 19
Physician's Visiting List..... 497
Physiologie des Menschen, Compendium 160
Physiology, a Compend..... 497
Pleuraergüsse, Fluctuationsnachweis bei dens..... 164
Pneumonie mit Nephritis..... 559
Preisaufgabe, Unna's dermatologische 187
Pseudoleucaemie 29

Q.

Quecksilber-Vasogensalbe..... 498
Querlagen, verschleppte, Therapie 271

Seite.

R.

Rachitis 277
— Phosphorbehandlung.... 267
Reclamewesen 92
Röntgenstrahlen, diagnostischer Werth in der inneren Medicin 18
— im Dienste der Chirurgie 260
Roseoluntersuchung auf Typhusbacillen 266
Rückenmark, Cocainisirung nach Bier..... 213
— Eucainisirung 212
Rückgratsverkrümmung, habituelle seitliche..... 216

S.

Säuglingsernährung 241, 341
Sanatorium für Tuberculose in England, Preisschrift betr. Errichtung 44
San Francisco, Verein Deutscher Aerzte 36
Sarcom der Lunge.....280, 557
— der Trachea..... 172
Scharlach und Windpocken.. 508
Scheideneingang mit Draht vernäht 284
Scheidengewölberisse bei der Geburt 217
Schenkelhals, rachitische Verkrümmung dess. 274
Schilddrüsenextract 367
Schweissfuss, Behandlung mit Tannoform 282
Schweninger als Sachverständiger 93
— Professor der Geschichte der Medicin..... 424
Septicopyaemie, chronische.... 558
Shock und Infection bei chirurgischen Operationen, einige Methoden zur Verhinderung ders. 24
Speichelstein 363
Spina bifida, durch Operation geheilt 31

Seite.

Staphylotoxin-Eczem 122
Status epilepticus, Behandlung. 263
Stirnhöhlenerkrankungen, Discussion 454
Stirn- und Siebbeinhöhle-Empyem 333
Stoffwechsel 469
Strabismus 459
Strychnin 370
Stypticin 125
Sublamin 36, 377, 459
Syphilis, Theorie der erblichen Uebertragung 503

T.

Tabes dorsalis..... 275
Tamponade des puerperalen Uterus 419
Tannoform 282
Tetanus, Antitoxinbehandlung und Duralinfusion..... 163
— als Folge von Diphtherieheilserum-Injectionen 45
Therapie innerer Krankheiten, Handbuch.....65, 261, 520
Therapie, physicalisch-diätetische 447
Thiocol, ein neues Antidiarrhoicum 186
Thränendrüse, Tumor ders... 32
Torticollis 222
Trachea, Sarcom ders..... 172
Trachealcanülenbrüche 23
Trachom, Behandlung mit Cuprum citricum..... 517
Tuberkelbacillen, Agglutination ders. 162
Tuberculose, Behandlung mit Eisentropon 136
— Bekämpfung ders. durch Luftreinheit 552
— der Hoden..... 220
— internationales Centralbureau zur Bekämpfung ders. 520
— Prophylaxe 21
Tumor, tuberculöser des Larynx 168
Typhus, zur Prophylaxe..... 38

Seite.

U.

Unfallgutachten, Leitfaden.... 158
Unguentum colloidale Credé. 38, 184, 236, 265
Unterschenkelvaricen, chirurgische Behandlung..... 210
Ureteren- und Irrigations-Cystoscop 130
Urotropin 38, 139
— als Harnantisepticum... 415
Uteruscarcinom 364
— Choriom 314
— Ruptur des schwangeren 65
— — Therapie 218
— Tamponade des puerperalen 419
— Versioflexionen 382

V.

Venerische Krankheiten, Lehrbuch 360
Verbrennung, schwere..... 427
Verdauungsorgane, Krankheiten ders. im Kindesalter.... 553
Verein abstinenter Aerzte des deutschen Sprachgebietes, 7. Jahresversammlung 378
Vererbung, ein Beitrag zur Lehre 59, 112

Seite.

Verhornung des Ohrläppchens 557
Vioform 377, 516
Virchow-Denkmal 565

W.

Wanderleber 279
Wasser und Bäder, ihre Wirkungen auf den gesunden und kranken Körper..... 446
Widal'sche Probe bei Abdominaltyphus 35
Windpocken und Scharlach.. 508
Würzburger Abhandlungen... 160, 551
Wundbehandlung, atoxische.. 150
Wunden, inficirte, Behandlung mit Glutol..... 40

X.

Xeroform 183, 373

Y.

Yohimbin Spiegel.....139, 372

Z.

Zinksuperoxyd, Theorie und Praxis der Anwendung.... 237
Zusammenkunft, wissenschaftliche deutscher Aerzte in New York....219, 271, 363, 365

New Yorker

Medicinische Monatsschrift.

Officielles Organ der

Deutschen Medicinischen Gesellschaften der Städte New York, Chicago, Cleveland und San Francisco.

Redigirt von Dr. A. Ripperger.

Bd. XIV. New York, Januar 1902. No. 1.

ORIGINALARBEITEN.

Ueber Parametritis posterior.*)

Von Dr. L. A. Ewald.

Bei den epochemachenden Studien Schultze's auf dem Gebiete der Lageveränderungen der Gebärmutter hat er unter dem Namen „Parametritis posterior" eine auf entzündlicher Basis bestehende Affection beschrieben, die ihren Hauptsitz in den Douglas'schen Falten hat. Die Douglas'schen Falten werden bekanntlich durch die Ligamenta sacro- oder recto-uterina gebildet, sie bestehen aus festem Bindegewebe mit elastischen Fasern und glatten Muskelfasern; diese Muskelfasern, auch Musculi recto-uterini genannt, entspringen aus der Wand der Gebärmutter. Von vielen Autoren, und besonders von Schultze, wird diesen Muskeln eine wichtige Bedeutung für die normale Lage des Uterus beigelegt, während Andere eine solche in Abrede stellen. Die Erkrankung dieser Bänder, die in verschiedenen Stadien: in acut entzündlichen, in subacuten mit starker Neigung zu Exacerbationen und im chronischen Stadium mit narbiger Schrumpfung und Atrophie beobachtet wird, hat Schultze in ein wohl characterisirtes Krankheitsbild gefasst und mit dem Namen Parametritis posterior bezeichnet.

W. A. Freund beschreibt in seiner grossen Arbeit „Das Bindegewebe im weiblichen Becken" die chronischen Entzündungen des Beckenbindegewebes, welche in zwei Formen vorkommen, die der circumscripten und der diffusen atrophirenden Parametritis. Unter der circumscripten Parametritis beschreibt er

* Vortrag, gehalten in der Deutschen Medicinischen Gesellschaft der Stadt New York am 6. Januar 1902.

neben der Paracystitis, unter welcher er die Narbenstränge im Bindegewebe, welche die Cervix gegen die vordere, seitliche Beckenwand ziehen, die entzündlichen Processe des Bindegewebes, die von Erkrankungen des Rectums ausgehen, und nennt diesen Zustand Paraproctitis; die Erkrankung afficirt vorzugsweise die Douglas'schen Falten und bildet daselbst Narbenstränge, die die hintere Cervicalwand nach hinten und seitlich ziehen können, und diese Paraproctitis atrophicans Freund's ist nichts anderes als die Parametritis posterior Schultze's, und der Befund beider Autoren deckt sich vollvollständig. Als Parametritis chronica circumscripta beschreibt Freund den Process, der sich an der Basis der Ligamenta lata entlang zieht.

Das klinische Bild der Parametritis posterior ist von Schultze in ausgezeichneter Weise skizzirt. Die Affection findet sich häufig, besonders aber bei unverheiratheten und bei steril verheiratheten Frauen. Von den subjectiven Symptomen sind die auffallendsten die von Seite des Rectums, Schmerzen bei der Defaecation. Die Schmerzen werden oft irrthümlich auf Haemorrhoiden bezogen, doch klagen die Frauen über einen Schmerz der weiter oben sitzt; auch von Seiten der Blase treten Beschwerden auf, die durch die Retroposition der Cervix, durch deren Fixation in der Gegend des inneren Muttermundes und die starke Nachvornlagerung des Uteruskörpers zu Stande kommen; hierdurch wird die stärkere Füllung der Blase erschwert, die Ausdehnungsfähigkeit der Blase herabgesetzt, und die Patientin klagt, dass sie den Urin nicht so lange halten kann, wie früher. Seitens der Genitalorgane selbst fallen hautpsächlich in die Augen die Schmerzen bei der Cohabitation und die Dysmenorrhoe, welche von Schultze nicht der stärkeren Anteflexio zugeschrieben wird, sondern jedenfalls hervorgerufen wird durch die bei der menstruellen Congestion entstehende Exacerbation des Entzündungsprocesses, und die deshalb auch nur im entzündlichen Stadium vorhanden ist, während sie im Stadium der Schrumpfung fehlt; daneben bestehen Schmerzen im Kreuze und Schmerzen beim Sitzen. Von Seiten des Nervensystems haben die Patientinnen alle möglichen Erscheinungen, die oft sehr schwerer Natur sind; es scheint mir erstaunlich, wie diese an und für sich geringe Affection der Beckenorgane solche schwere Erscheinungen, wie sie bei Parametritis posterior vorkommen, auslösen

kann, aber der innige Zusammenhang der sympathischen und spinalen Elemente gerade in dieser Sphäre und das Betroffensein dieser Partie, die als Hauptträger der in den Uterus eintretenden Nerven betrachtet werden, macht das Bild klarer; die anatomischen Untersuchungen geben hierüber mehr Aufklärung. Da an Parametritis posterior Niemand stirbt, war es schwer, das klinische Bild durch den Befund an der Leiche zu bestätigen. Auf Schultze's Anregung versuchte sein Schüler Ziegenspeck an dem Materiale eines grossen Krankenhauses, indem er an lebenden resp. moribunden Frauen die Diagnose Parametritis posterior stellen konnte, die anatomischen Veränderungen der Parametritis posterior zu studiren. Er konnte in 14 Fällen den klinischen Befund mit dem anatomischen vergleichen und kommt zu dem Schlusse, dass die Parametritis posterior Schultze's und die Parametritis atrophicans Freund's dieselbe Erkrankung ist. Die Grunderscheinung ist die narbige Hyperplasie des intervasculären Bindegewebes. Bei acuter Entzündung ist das Bindegewebe hochroth, mit saftreichen Zwischenräumen, in senilen Fällen, welche meist zur Leichenöffnung kommen, ist es von gräulicher Farbe. Es schneidet sich ungefähr wie feuchte Watte. Freund jun. fand bei den microscopischen Untersuchungen von Parametritis atrophicans narbige Hyperplasie des interstitiellen Bindegewebes, eine wahre Perineuritis des grossen Frankenhäuser'schen Ganglienapparates, theilweisen Untergang der auseinandergedrängten Nervenfasern und Ganglienzellen, Schwund der dunkel gefärbten und geschrumpften Ganglienzellen. Freund nennt den Vorgang in Rücksicht auf die Hyperplasie des peri- und endoganglionären Bindegewebes Neuritis prolifera. Das Peritoneum, welches über dem erkrankten Beckenbindegewebe liegt, betheiligt sich nach Ziegenspeck meist durch Hyperämie und Hyperplasie an dem Vorgange. Es ist geröthet, dick, undurchsichtig, so lange die Entzündung sich noch im acuten Stadium befindet.

Hinsichtlich der Aetiologie kommen puerperale Infectionen in Betracht, da aber das Leiden hauptsächlich bei Frauen vorkommt, die nicht geboren haben, so müssen sicher Infectionen anderer Art eine Rolle spielen. Freund und Schultze nehmen beide an, dass Infectionen vom Rectum aus durch Catarrh, Rhagaden, Ulcera zu Entzündungen des Bindegewebes in den Douglas'schen Falten führen können. Dass Endometritis dabei

berücksichtigt werden muss, unterliegt für mich keinem Zweifel; ferner stimme ich mit Brösе vollständig überein, indem er der gonorrhoischen Infection eine bedeutende Stelle bei dieser Erkrankung einräumt. In welchem Verhältniss mechanische Ursachen wie Koprostase und Cohabitation zu dieser Erkrankung stehen, will ich nicht weiter hier untersuchen.

Mit den anatomischen Untersuchungen Freund's und Ziegenspeck's, die das klinische Bild Schultze's vollständig bestätigen, stimmt nun Küstner nicht überein, indem er sagt, dass die meisten der von Ziegenspeck geschilderten Befunde peritonitische Processe seien. Küstner machte seine Beobachtungen bei Laparotomien und behauptet, dass das Tastbild der Parametritis posterior häufig durch perimetritische Processe vorgetäuscht wurde. In den Fällen, wo er sich genauen Einblick gestatten konnte, fand er statt der erwarteten Parametritis retrouterin gelegene perimetritische oder perioophoritische und perisalpingitische Processe. Zwar stellt Küstner das Vorkommen der Parametritis posterior nicht in Abrede, giebt auch zu, dass seine Untersuchungen nicht ad hoc gemacht, sondern vielmehr zufällige Befunde sind, deswegen erscheint es als geboten, angesichts dieser Beobachtungen, die Sache noch einmal zu untersuchen, da die Frage nicht nur anatomisch wichtig, sondern auch mit Rücksicht auf die Therapie nicht unentschieden bleiben darf.

Durch einige Beobachtungen, die ich im Laufe der letzten Zeit machte gelegentlich von Laparotomien, die zu anderen therapeutischen Zwecken vorgenommen wurden, glaube ich einen kleinen Beitrag zur Lösung der eben berührten Frage zu bringen. Parametritis posterior habe ich während der letzten 2 Jahre, indem ich meine specielle Aufmerksamkeit darauf lenkte, häufig beobachtet, und es mag ja zugegeben werden, dass der klinische Befund in manchen schwer zu untersuchenden Fällen ein unvollständiger ist, bin aber doch der Ueberzeugung, dass in den meisten Fällen die klinische Diagnose richtig war. Neben den typischen subjectiven Beschwerden wurde der objective Befund nicht allein durch die bimanuelle Untersuchung, sondern auch durch die Untersuchung vom Rectum aus und wenn nothwendig in Narcose erhoben. Bei der Untersuchung vom Rectum aus findet man die Ligamenta sacro-uterina, welche normaler Weise von grosser Dehnbarkeit sind, dick, resistent, kürzer als normal und äusserst schmerzhaft. Im chronischen Stadium findet man die

Verkürzung stärker, Verdickung und Resistenz bleibt bestehen, die Schmerzhaftigkeit nimmt ab, wird aber in manchen Fällen (und dieses sind die prognostisch ungünstigen) stärker in Folge von Exacerbation; als Schlussstadium findet man gewöhnlich in Folge der narbigen Schrumpfung den Uterus spitzwinklig anteflectirt, die Portio vaginalis ist je nach dem Grade der Entzündungen nach der einen oder anderen Seite gezogen. Soweit keine weiteren Complicationen vorliegen, ist die Therapie bei diesen Fällen eine einfache und dankbare. Man sucht so weit als möglich die verdächtige Ursache, Endometritis u. s. f., zu beseitigen, weiterhin führt eine richtig angepasste Hydrotherapie, die Behandlung mit medicamentösen Tampons und vor allem die Massage zum Ziele. Dies sind nun rein klinische Befunde und sie werden deswegen trotz der peinlichsten Untersuchung zur Klärung der obigen Streitfrage nicht stichhaltig sein. Einige Fälle, bei denen ich wegen Retroflexio uteri und gleichzeitiger Parametritis posterior die Ventrifixatio uteri ausführte, wo ich mir also den sichtlichen Nachweis liefern konnte, will ich hier näher mittheilen.

Im ersten Falle handelte es sich um eine 27jährige Virgo, die im August 1900 die Hülfe des Hospitals aufsuchte. Sie war mit 16 Jahren zum ersten Male menstruirt, Menses waren regelmässig und schmerzlos. Seit 1½ Jahren leidet Patientin an starkem Ausfluss, die Menses sind schmerzhaft und dauern 8 Tage; sie klagte über Schmerz beim Stuhlgang und beim Wasserlassen. Bei der Untersuchung findet sich der Uterus retroflectirt, beide Ligamenta sacro-uterina auf Druck sehr schmerzhaft, verkürzt und nicht dehnbar; die Adnexa sind frei; die Portio vaginalis ist hypertrophisch; starke Erosionen an der Portio; aus dem Cervicalcanal entleert sich schleimig eitriger Fluor; das Scheidengewölbe ist flach. Aus diesem Grunde und bei der starken Empfindlichkeit der Douglas'schen Falten konnte von dem Einlegen eines Pessars nicht die Rede sein, da es die Beschwerden noch gesteigert haben würde. Wegen der Aussichtslosigkeit dieses Verfahrens, und da die Schmerzen sich steigerten, wurde nach vorheriger Heilung des Uteruscatarrhs die Ventrifixatio uteri ausgeführt. Bei der Laparotomie fand sich der Uterus retroflectirt, beweglich, von Perimetritis keine Spur, die Anhänge absolut frei, die Ligamenta sacro-uterina waren als äusserst straff gespannte, stark vorspringende Stränge zu fühlen. Die Ocularinspection ergiebt keine Veränderungen des Peritoneums im Douglas. Der Verlauf der Heilung war glatt, Patientin wurde nach 4 Wochen entlassen; bei der Untersuchung 2 Monate nach der Operation war keine Schmerzhaftigkeit mehr vorhanden; Uterus lag ventrifixirt; das Befinden der Patientin ist ein aus-

gezeichnetes. Vor 6 Wochen stellte sie sich wieder vor mit der Angabe, dass sie schwanger sei, was dem Befunde der Untersuchung auch entsprach.

Der zweite Fall betraf eine 29jährige Multipara, die seit 5 Jahren steril verheirathet war. Als ich sie vor 2 Jahren zum ersten Male untersuchte, fand sich eine bewegliche Retroflexio uteri. Ein Thomas-Pessar wurde eingelegt, wurde auch gut vertragen; trotz neunmonatlichen Tragens war keine Lageverbesserung eingetreten. Da Pat. starke reflectorische Symptome zeigte, wurde die Operation vorgeschlagen, Pat. konnte sich aber nicht entscheiden. Nach weiteren 4 Monaten stellte sich Pat. mit neuen Beschwerden wieder ein, sie klagte über starken Ausfluss und Schmerzen beim Wasserlassen; die microscopische Untersuchung des Secretes ergab Gonococcen; es bestand Urethritis und Cervicalcatarrh; unter der entsprechenden Behandlung gingen die acuten Symptome zurück, doch entzog sich Patientin aus äusseren Umständen der Behandlung. Nach 2 Monaten stellte sie sich wiederum ein und klagte über sehr starke Schmerzen beim Sitzen und beim Stuhlgang; die objective Untersuchung ergab: Cervicalcatarrh mit ausgedehnten Erosionen; Kolpitis; der Uterus in derselben Retroflexionslage wie früher, was aber sofort auffiel, war die äusserst starke Schmerzhaftigkeit beim Berühren der Douglas'schen Falten; während man früher den Uterus leicht nach vorn bringen konnte, waren die Beschwerden der Patientin jetzt so stark, dass ich den Versuch unterliess. Die Douglas'schen Falten waren entschieden verdickt und auf leichtesten Druck sehr empfindlich; die Adnexe waren frei. Nach einer kurzen Behandlung der begleitenden Symptome willigte die Patientin in die als dringend vorgeschlagene Operation ein. Bei Eröffnung der Leibeshöhle fand sich der Uterus retroflectirt, die Anhänge vollständig frei; im Douglas'schen Raume konnte man sowohl mit dem tastenden Finger, als mit dem Auge die deutlich verdickten Douglas-Falten wahrnehmen; das Peritoneum selbst zeigte keine sichtlichen Veränderungen. Der Uterus wurde etwas höher als gewöhnlich ventrifixirt; die Patientin machte glatten Heilungsverlauf durch und klagte 14 Tage nach der Operation nicht mehr über Schmerzen. Als ich sie vor 2 Monaten untersuchte, war sie ganz frei von Beschwerden. Die Douglas'schen Falten waren deutlich fühlbar, aber unempfindlich.

Beide Fälle zeigten nach ausgeführter Ventrifixation einen äusserst günstigen Einfluss auf die bestehende Parametritis, wie sie gleichfalls von F l e i s c h l e n und B r ö s e berichtet ist; der letztere Fall ist insofern noch interessant, als auf dem Boden der Gonorrhoe jedenfalls durch den heftigen Cervicalcatarrh die Parametritis posterior sich entwickelt hatte, was uns nach W e r t h e i m's Untersuchungen nicht erstaunen darf, wonach die

Gonococcen leicht in das Bindegewebe einwandern und da Entzündungsprocesse hervorrufen können.

In dem dritten Falle handelte es sich um eine 25jährige Nullipare, die seit 3 Jahren steril verheirathet ist. Die Anamnese, sowohl als die Untersuchung vom Rectum aus ergiebt die Diagnose: Parametritis posterior; der Uterus war anteflectirt, die Anhänge frei. Da die Patientin 3 Monate lang mit resorptiven Mitteln und Bädern behandelt worden, die vollkommene Befreiung von Beschwerden aber nicht eingetreten war (Pat. konnte ihrer Arbeit nicht obliegen), verlangte Pat. operirt zu werden; sie begab sich auf eigene Faust in ein grösseres Hospital und wurde laparotomirt. Der betreffende Chirurg fand Uterus und Adnexa normal und schloss die Bauchhöhle (der Befund wurde mir später von dem Herrn Collegen selbst mitgetheilt). Die Beschwerden waren nach der Operation dieselben. Pat. unterzog sich nochmals einer streng durchgeführten resorptiven Behandlung mit passenden Bädern und Massage auf die Dauer von 3 Monaten; der Erfolg war ein sehr guter. Patientin ist heute beschwerdefrei und vollständig arbeitsfähig.

In einem vierten Falle, in welchem bei Untersuchung in Narcose eine starre Infiltration in den Ligamenten zu fühlen war, fanden sich bei der Laparotomie die Anhänge der einen Seite adhaerent, die Wandungen der Tube waren verdickt, das abdominale Ende der Tube mit dem Peritoneum verwachsen; die Ligamenta sacro-uterina waren verkürzt, straff gespannt und beinahe fingerdick. Ein ähnlicher Befund ergab sich in einem fünften Falle, wo ebenfalls wegen Retroflexio mit Parametritis posterior die Ventrifixatio ausgeführt wurde. Es fanden sich neben der Parametritis posterior Perioophoritis und Perisalpingitis neben Veränderungen an anderen Stellen des Parametriums.

Es handelte sich also in den letzten beiden Fällen um eine Combination von Parametritis posterior mit Adnexerkrankung, die ja sehr häufig sind und sich in ihrer Ausdehnung auch leicht erklären lassen. Es unterliegt demnach keinem Zweifel, dass es sich in den Fällen, in welchen man bei dem Tastbefund Parametritis posterior, perimetritische Veränderungen bei der Laparotomie findet, in der Regel um eine Combination beider Processe handelt. Auch Schultze hat ausdrücklich auf das Vorkommen derartiger Combinationen hingewiesen.

Was den therapeutischen Effect der Ventrifixation auf die Parametritis anlangt, so sind zwar meine Resultate allein nicht genügend, hierüber ein entscheidendes Urtheil abzugeben, aber

die günstigen Mittheilungen, die auch von anderer Seite und insbesondere von Brösse und Fleischlen gemacht worden sind, lassen doch die Ausführung der Operation nicht allein als empfehlenswerth, sondern sogar als indicirt erscheinen, wenn alle anderen Mittel versagen. Die Beschwerden verschwanden bei reiner Parametritis posterior kurz nach der Operation; bei den mit Adnexerkrankungen complicirten Fällen ist natürlich die absolute Heilung von allen Beschwerden noch von anderen Umständen abhängig. Die Erkärung des therapeutischen Effectes durch die Ventrifixatio bei diesen chronischen Entzündungszuständen lässt sich in der theilweisen Entlastung der Ligamenta durch die Elevation des Uterus, theilweise durch die Streckung des Uterus und der andauernden Anspannung und Dehnung des chronisch entzündeten Bindegewebes finden.

Wenn ich ein endgültiges Resumé aus der allerdings geringen Anzahl von Fällen, die mir zu Gebote standen, ziehen darf, so möchte ich es kurz in folgende Sätze bringen:

1) *Die Parametritis posterior* Schultze's *und die Paraproctitis* Freund's *(auch circumscripte Parametritis atrophicans genannt) ist ein und dieselbe Erkrankung und zwar eine Erkrankung des Bindegewebes und nicht des Peritoneums.*

2) *Die Parametritis posterior kommt häufig vor mit entzündlichen Processen im Peritoneum, mit Erkrankungen der Tuben und Ovarien combinirt.*

3) *Bei gleichzeitiger Retroflexio ist die Ventrifixatio indicirt und ist diese allen anderen Operationsmethoden vorzuziehen.*

Behandlung des Abdominaltyphus.*)

Von Dr. G. Mannheimer.

Bei keiner anderen acuten Krankheit müssen so viele Einzelheiten berücksichtigt werden, als beim Abdominaltyphus; bei keiner anderen acuten Krankheit kommt es so sehr auf zuverlässige Pflege und Wartung an. Alle Typhuskranken, auch die leichtest

*) Vortrag, gehalten in der Deutschen Medicinischen Gesellschaft der Stadt New York am 2. December 1901.

kranken, sollen zu Bette liegen, sowie die grösstmögliche körperliche und geistige Ruhe einhalten. Als Krankenzimmer diene das beste, das zu diesem Zwecke zu haben ist; dasselbe sei kühl, gut lüftbar und frei von allem überflüssigen Möbel. Das Bett besitze Springfedermatratze, Gummituch und Leintuch, das stets rein und glatt gehalten werde. In schweren Fällen benutze man Luft- oder Wasserkissen. Stehen zwei Betten zum abwechselnden Gebrauch zur Verfügung, um so besser. Der Kranke muss dazu angehalten werden, seine Lage von Zeit zu Zeit zu wechseln, die Blase in regelmässigen Zwischenräumen zu entleeren und vorhandenen Auswurf zu expectoriren. Hüften, Rücken, Fersen, die Genito-analregion müssen besonders rein und trocken gehalten werden. Mund und Hals werden fleissig ausgespült, Lippen und Zunge befeuchtet. Eisapplication auf den Kopf ist den meisten Kranken sehr angenehm.

Die N a h r u n g sei eine gemischte, d. h. bestehe aus Eiweiss, Fett, Kohlehydraten, Extractivstoffen und Salzen und werde in flüssiger oder halbflüssiger Form verabreicht. Damit reichen wir in der grossen Mehrzahl der Fälle aus und die meisten Patienten verlangen und bedürfen weiters nichts. Erweist sich jedoch diese Diätform ausnahmsweise als unzureichend oder treten Zeichen von Inanition ein, so lasse man sich durch das Bestehen von Darmgeschwüren nicht abhalten, feste Nahrung zu reichen, stets jedoch in einer Form, die die geringsten Rückstände hinterlässt und die Verdauungsorgane am wenigsten belästigt. Man berücksichtige etwaige Idiosyncrasien und Launen der Patienten von gesunden Tagen her. Die Speisen müssen appetitlich und in passender Abwechslung servirt werden. Daraus folgt, dass man weder eine absolute Milchdiät, noch absolute Suppendiät verordnen soll. Milch hat den grossen Vorzug, dass sie dem verschiedenen Geschmack und dem verschiedenen Verdauungsvermögen der einzelnen Patienten angepasst werden kann durch die mannigfaltigsten Modificationen und Zusätze. Nächst der Milch eignen sich zur Ernährung der Typhuskranken die Cerealien in Form von Schleimsuppen und Breien, Gelées und Gallerten, dann die verschiedenen Kindernährmittel, ferner Eier, entweder roh in Bouillon aufgerührt oder in Form der sogenannten Stokes'schen Mixtur. Fleischbrühe, ausgedrückter Fleischsaft, Beeftea, Fleischextract dienen mehr als Reizmittel und können bestehende Diarrhoen steigrrn. Zusatz von Peptonen und

Albuminosen erhöht ihren Nährwerth. Zucker (Rohr- und Milchzucker) verdient als guter Nährstoff besonderer Erwähnung; er wird vollkommen ausgenützt und ist bekanntlich eine ergiebige Quelle von Muskelkraft. Gefrorenes, Eierrahm sowie Kalbshirn und Briesel, gekocht, durch ein Haarsieb gesowie Kalbshirn und Briesel, gekocht, durch ein Haarsieb getrieben und verquirlt, sind im Defervescenzstadium statthaft. Es ist von grösster Wichtigkeit, dass die Speisen richtig zubereitet, dass sie in kleinen Einzelportionen und besonders in der Periode des Fieberabfalls und des Nachlassens der Symptome gereicht werden. Man beachte, wie die einzelnen Nahrungsmittel vertragen werden, und setze alles aus, was Beschwerden verursacht. Reines, kaltes Wasser soll reichlich gegeben und benommenen Kranken häufig angeboten werden. Das Aussehen der Zunge zeigt an, ob genug Wasser aufgenommen wird und ob der Kärper nicht überhitzt ist. Leichter, kalter Thee ist als gutes Durststillungsmittel zu empfehlen.

Alcoholische Stimulantien sind entbehrlich, in vielen Fällen jedoch sehr nützlich und in manchen, besonders den schwer toxaemischen Fällen nothwendig. Sie können den Appetit reizen, Schlaf herbeiführen, ein schwaches Herz anregen, bedrohliche Nervenerscheinungen beseitigen und über manchen Collaps hinweghelfen. Besonders vor und nach Bädern sind sie sehr zweckdienlich. Je nach der Indication giebt man die leichteren, wie Rheinwein, Bordeaux oder Burgunder, oder schwereren Sorten, wie Port, Sherry, Cognac und Champagner. Der sog. Glühwein ist bei Meteorismus und reizbarem Darm sehr passend.

Hydrotherapie. Wenn überhaupt die routinemässige Anwendung irgend einer therapeutischen Maassregel beim Typhus in Frage kommt, so sei es die routinemässige Anwendung der Hydrotherapie in der einen oder anderen Form. Es giebt keine einzige therapeutische Maassregel, die so viele Indicationen erfüllt und so vielen Zwecken dienstbar gemacht werden kann, als gerade die Hydrotherapie. Man gebraucht Abwaschungen, Compressen, feuchte Einpackungen, Abklatschungen resp. Lakenbäder und schliesslich Vollbäder, entweder in der typischen Weise nach Brand oder als allmählich abgekühlte Bäder nach Ziemssen. Auf die Technik kann ich mich nicht einlassen; erinnern will ich nur daran, dass alle kalten Applicationen von kräftigem Reiben der Körperoberfläche begleitet sein sollen. Frühzeitige verstän-

dige Anwendung der Hydrotherapie vermag das Bild eines typisch verlaufenden Typhus in folgender Weise zu beeinflussen: 1. Die Hirnerscheinungen werden bedeutend gemildert und es wird erfrischender Schlaf herbeigeführt. 2. Die Inspirationen vertiefen sich, Expectoration geht leichter von statten, Capillarbronchitis, Bronchopneumonien und Hypostasen werden hintangehalten. 3. Der tonische Einfluss der Bäder auf periphere Gefässe und Herz wirkt dem Eintritt der Circulationsschwäche entgegen. Thrombosen und Infarcte bilden sich nicht so leicht aus. 4. Die Esslust wird angeregt. 5. Die Diurese wird in einzelnen Fällen gesteigert. 6. Decubitus, Kehlkopfgeschwüre, die haemorrhagische Diathese werden vermieden. 7. Leucocytose wird hervorgerufen und schliesslich 8. die Temperatur wird herabgesetzt.

Ich erwähne die temperaturherabsetzende Wirkung der Bäder zuletzt, weil ich nicht glaube, dass darin ihr Hauptwerth gelegen ist. Wir geben zwar häufig die allgemeine Anordnung, den Kranken zu baden, sobald seine Temperatur 102.2 im Mastdarm erreicht, da ja häufig mit dem Fieber alle die übrigen ungünstigen Symptome sich steigern. Indessen sind vielfach schwere Symptome vorhanden bei geringem Fieber und gerade in solchen Fällen tritt die Hydrotherapie in ihre Rechte. Ob wir nun im gegebenen Falle eine Abwaschung, Einpackung, ein B r a n d'sches oder Z i e m s s e n'sches Bad geben, hängt ab von der Natur und Schwere der zu bekämpfenden Symptome und in der Privatpraxis vielfach noch von äusseren Umständen. Obwohl ohne Einfluss auf die intestinalen Laesionen des Typhus, erweckt und stärkt die Hydrotherapie mehr als alle anderen Maassnahmen die natürlichen Schutzvorrichtungen des kranken Organismus.

M e d i c a m e n t ö s e u n d s y m p t o m a t i s c h e B e h a n d l u n g. Es giebt keine Specifica. Man hüte sich also, den Magen mit Medicamenten zu verderben. Nöthigen Falles greife man zur rectalen Applicationsweise. Calomel im Beginn und Salzsäure im Verlaufe der Krankheit werden am häufigsten angewandt und mit Recht. Häufig kommen wir damit aus. Antipyretica sind in Deutschland, wie mir scheint, mehr in Gebrauch als hier. Erst kürzlich hat E r b dem Chinin in der Typhusbehandlung wieder das Wort geredet. Er giebt jeden zweiten Abend nach erreichtem Temperaturmaximum 1,0—1,5 g Chinin und sieht davon nicht nur eine antifebrile Wirkung, sondern eine

direct günstige Beeinflussung des Krankheitsverlaufes und Abkürzung der Krankheitsdauer. Die meisten hiesigen Aerzte stehen, glaube ich, auf dem Standpunkt, die Antipyretica resp. Nervina in mässigen Gaben nur gelegentlich und zwar nur symptomatisch zu verordnen, z. B. zur Bekämpfung von Kopfschmerzen, von Unruhe etc. oder zur Herabsetzung der Temperatur, wenn hydrotherapeutische Proceduren aus irgend einem Grunde nicht möglich sind oder nicht die gewünschte Wirkung haben. Schlaflosigkeit muss behoben werden. Codein oder eine kleine Gabe Morphin mit oder ohne Brom oder Sulfonal erweisen sich gewöhnlich als wirksam. Verstopfung bekämpft man am besten durch hohe Einläufe mit oder ohne Zusatz von antiseptischen und carminativen Mitteln. Die gleichen Proceduren sind angezeigt bei Meteorismus neben der äusserlichen Anwendung von Eis, Terpentinfomentationen oder Priessnitz'schen Umschlägen. Mässige Diarrhoe überlässt man sich selbst. Sie beruht häufig auf einer Colitis, welche die Darmgeschwüre begleitet, und wird daher, wenn übermässig, durch adstringirende und antiseptische Irrigationen des Colons erfolgreich behandelt. In den späteren Stadien der Krankheit ist Opium das Mittel par excellence für profuse Diarrhoen, ebenso wie für Darmblutungen und Peritonitis. Die beiden letzteren Zufälle erfordern ausserdem noch absolute körperliche Ruhe, Eisapplicationen auf den Leib und per rectum, sowie zeitweilige Abstinenz. Perforation verlangt promptes chirurgisches Eingreifen. Darmantiseptica, wie Salol, Thymol, Bismuth, Beta-Naphthol, Guajacol, Terpentin, können gebraucht werden, sind aber nicht zuverlässig. Das beste Darmdesinficiens ist Calomel und mechanische Reinigung des Darmes. Complicationen von Seiten der Athmungsorgane sucht man am besten zu vermeiden durch ausreichende Ventilation und Feuchthaltung der Luft des Krankenzimmers, ferner dadurch, dass man den Kranken dazu anhält, Mund und Rachen fleissig auszuspülen, die Lage häufig zu wechseln und tief zu athmen, schliesslich aber durch Anwendung der Hydrotherapie. Kalte Begiessungen des Nackens und Rumpfes im warmen Bade sind mächtige Erreger der Athmungscentren bei Hypostasen und Bronchopneumonien. Herzschwäche, Collaps und alle die vielen anderen Complicationen werden nach wohlbekannten Grundsätzen behandelt.

Für die Reconvalescenz mag es als allgemeine Regel dienen,

dass man am Ende der ersten Woche nach eingetretener Entfieberung allmählich und vorsichtig zu fester Kost übergeht und am Ende der zweiten Woche das Aufstehen erlaubt. Wo es die Verhältnisse gestatten, ist ein Luftwechsel rathsam.

Ueber Serumtherapie ist in den letzten Jahren viel gearbeitet, doch wenig Brauchbares zu Tage gefördert worden. Erwähnenswerth ist das Antityphusextract von Jecz in Wien. Dieser Forscher hat gefunden, dass nach Einverleibung einer gewissen Menge von Typhusbacillen in manchen Organen der Versuchsthiere Substanzen sich bilden, welche im Stande sind, andere Thiere vor Infection zu schützen. Als solche Organe erwiesen sich Thymus, Milz, Knochenmark, Gehirn und Rückenmark. Kaninchen werden also kurz nach einer Reihe von reactionslos verlaufenen Einspritzungen von Typhusbacillen-Culturen getödtet, die eben genannten Organe herausgenommen, fein zerschnitten und im Mörser mit einer Lösung, bestehend aus Alcohol, Kochsalz und Glycerin verrieben. Nach Abkühlen und Filtriren der Masse erhält man eine klare, röthliche Flüssigkeit, die beim Menschen per os in Kinder- bis Esslöffeldosen verabreicht wird. Dieses Extract erweist sich als stark giftbindend den Typhustoxinen gegenüber und darauf soll seine Wirkung beruhen. Eichhorst hat das Mittel bei einer Reihe von schweren Typhusfällen in der zweiten Krankheitswoche angewandt und zwar mit überraschend gutem Erfolg. Die Kranken wurden nach 4—5 Tagen fieberfrei, blieben es weiterhin und zeigten eine erstaunlich schnelle Besserung des Allgemeinbefindens.

Sollte nun auch in diesem oder in einem noch zu erfindenden Mittel ein Specificum gegen Abdominaltyphus gegeben sein, die diätetische und hygienische Behandlung wird stets zu Rechte bestehen. Und darum will ich mit den Worten Curschmann's schliessen, der in seiner classischen Monographie sagt: Für leichtere, mittelschwere und selbst manche schwere uncomplicirte Fälle von Typhus, namentlich bei früher gesunden Personen, machen die diätetische Behandlung und im übrigen sorgfältige Ueberwachung und, wie ich hinzufügen möchte, die Hydrotherapie jedes sonstige Heilverfahren überflüssig.

1001 Madison Avenue.

Referate und Kritiken.

Kompendium der Hautkrankheiten einschliesslich der Syphilide und einer kurzen Kosmetik. Von Dr. S. Jessner, Königsberg i. Pr. Zweite vollständig umgearbeitete und sehr erweiterte Auflage. A. Stuber's Verlag (C. Kabitzsch). Würzburg 1900.

Jessner's Kompendium der Dermatologie liegt in zweiter Auflage vor und hat eine vollkommene Umarbeitung und sehr erhebliche Erweiterung erfahren, so dass es auf gleicher Höhe mit den neuesten dermatologischen Forschungsergebnissen steht. Das Werk wendet sich in erster Linie an den Practiker, daher hat der Verf. den Hautwerth auf klare und präcise Fassung desselben gelegt, ohne dabei jedoch die vielen theoretischen Fragen gänzlich ausser Acht zu lassen. Vom practischen Bedürfnisse ausgehend wurde ferner die in der Dermatologie meistens recht schwierige Differentialdiagnose besonders sorgfältig erörtert und bei der ausführlich behandelten Therapie sind nicht nur die Medicamente, sondern auch die Methoden eingehend wiedergegeben. Ein kurzer Abschnitt über Kosmetik der Haut und Haare dürfte eine willkommene Beigabe sein. Am Schlusse des Buches findet sich ein Verzeichniss von 166 Receptformeln, auf die häufig im Text verwiesen ist, sowie ein gut ausgearbeitetes Namen- und Sachregister. Es unterliegt keinem Zweifel, dass das Buch auch in der neuen, verbesserten Gestalt sich zahlreiche Freunde erwerben wird.

Aerztliche Ethik. Die Pflichten des Arztes in allen Beziehungen seiner Thätigkeit. Von Dr. med. Albert Moll in Berlin. 650 S. Verlag von Ferdinand Enke. Stuttgart 1902.

Die Nothwendigkeit, eine ärztliche Ethik zu schreiben, oder wenigstens die Grundlage für Discussionen zu geben, sagt Verf. in seiner Vorrede, liegt in den vielen Conflicten, zu denen der ärztliche Beruf Veranlassung giebt. Er hat sich daher in vorliegendem Buche die Aufgabe gestellt, das gesammte Wirken des Arztes vom Standpunkt der Ethik zu betrachten, nicht allein die Standespflichten einer Erörterung zu unterziehen, sondern vor Allem auch alle Fragen einer eingehenden Besprechung zu unterziehen, die dem Arzte im Laufe seiner Berufsthätigkeit entgegentreten können, so z. B. wann der Arzt eine Behandlung ablehnen, wann abbrechen darf, ferner die Euthanasie, das Recht zur Täuschung, der Rath zum illegitimen Geschlechtsverkehr, die Ausführung kosmetischer Operationen, das Recht zur Perforation u. s. w.

Um wenigstens einen annähernden Begriff von der Eintheilung und dem ungemein reichhaltigen Inhalt des äusserst interes-

santen Werkes zu geben, seien mit Nachfolgendem die Ueberschriften zu den 11 Hauptabschnitten wiedergegeben: I. Begriff und Inhalt einer ärztlichen Ethik. II. Arzt und Klient. III. Kategorien von Aerzten und Klienten. IV. Bedenkliche ärztliche Maassnahmen. V. Wirthschaftliches. VI. Standesfragen. VII. Privatleben. VIII. Hygienisches. IX. Sachverständigenthätigkeit. X. Medicinische Wissenschaft und Forschung. XI. Vorbildung des Arztes.

Wenn es auch vollkommen unmöglich ist, sich an dieser Stelle eingehender über das Werk zu verbreiten, so können wir es uns doch nicht versagen, einige Punkte aus demselben speciell zu erwähnen. Am Schlusse des I. Abschnittes äussert sich Verf. über medicinische Forscher und practische Aerzte in folgender Weise: „Die Trennung der verschiedenen medicinischen Arbeitsgebiete liegt besonders im Interesse des practischen Arztes. Einerseits wird dieser, was das allgemeine Ansehen betrifft, gewöhnlich unter den Mann der Wissenschaft gestellt, eine Auffassung, die aber an sich nicht berechtigt ist. Es wird oft angenommen, dass bei der Behandlung Kranker die Fähigkeiten des practischen Arztes geringer seien als die der wissenschaftlichen Forscher. Das Publikum hat sich daran gewöhnt, wissenschaftliche Forscher als Autoritäten bei der Behandlung von Krankheiten anzusehen. Dies ist sowohl für die Kranken, als für die practischen Aerte bedenklich. Jemand, der über irgend ein Gebiet wissenschaftlich geforscht hat, steht deshalb in Beug auf sein ärztliches Können nicht über dem gewöhnlichen Arzt. Wenn man den Forscher mit Rücksicht auf seine wissenschaftlichen Arbeiten in ärztlichen Dingen höher stellt, als den einfachen medicus practicus, wird des letzteren sociale und materielle Stellung geschädigt. Dies könnten wir allenfalls noch milder ansehen, wenn nicht andererseits auch die Sünden der forschenden Mediciner den Aerzten angerechnet würden."

An einer anderen Stelle schreibt M. über das Berufsgeheimniss wie folgt: „Ganz besonders sei Zurückhaltung jenen Herren recht dringend empfohlen, die aus Prahlerei oder Reclame ihr Berufsgeheimniss verletzen. Namentlich wenn es sich um einen Patienten aus höheren gesellschaftlichen Klassen handelt, erfahren wir aus Privatgesprächen oder aus den Zeitungen Einzelnheiten über die Erkrankung, die eine bedenkliche Verletzung des Berufsgeheimnisses vermuthen lassen. . . . Man braucht natürlich nicht immer bei derartigen Fällen anzunehmen, dass der betreffende Arzt absichtlich diese Notiz in die Zeitungen hineingebracht hat. Aber ob immer das Nothwendige geschieht, um solche Notizen zu verhindern, ist eine andere Frage."

Interessant ist auch das Capitel über die Consilien, wobei Verf. auf das aller Ethik Hohn sprechende Gebahren mancher Consultationsärzte hinweist: „Der Mann (i. e. der Consiliarius) wird zu seiner Handlungsweise durch die Dummheit des Publi-

kums gezwungen. Dieses wünscht bei den einfachsten Affectionen neben dem Rath des gewissenhaften behandelnden Arztes den einer Autorität. Der Consiliarius wird zugezogen, weil die bisherige Behandlung nicht den gewünschten Erfolg brachte. Wenn er gar nichts an der Behandlung ändert, so besteht die Gefahr, dass sich die Angehörigen des Patienten an einen dritten Arzt wenden. Er hat aber auch eine gewisse Scheu, das Ueberflüssige seines Wirkens dem behandelnden Arzt frank und frei zu gestehen, und zwar schon deshalb, weil er fürchtet, dass dieser es den Angehörigen des Patienten — trotz der Standesordnung, die nur das Resultat der Berathung den Patienten oder Angehörigen mitzutheilen gestattet — mittheilen könnte, und dadurch würde natürlich der Nimbus der Autorität leiden. Auf diese Weise kommt es, dass die Autorität leicht dazu verführt wird, nicht nur den Patienten, sondern auch den behandelnden Arzt zu täuschen."

Ueber die therapeutische Einseitigkeit mancher Specialisten handelt ein anderer Abschnitt. „Wie sehr die Specialärzte oft geneigt sind, nur von dem engen Gesichtskreis ihres Specialorgans aus das Krankheitsbild zu betrachten, dafür liefern diejenigen Patienten Beispiele, die einen vollständigen Cursus bei den Specialisten durchmachen. Eine Frau empfindet in der Stirngegend starke Schmerzen. Der Nervenarzt stellt die Dianose auf hysterischen Kopfschmerz und electrisirt die Patientin. Da keine Besserung eintritt, consultirt die Frau einen Nasenarzt, und dieser glaubt, die Nase örtlich behandeln zu müssen, da von ihr der Schmerz ausgehe. Ein Augenarzt, an den sich die Dame wendet, führt die Schmerzen auf die Kurzsichtigkeit zurück. Da die etwas nervöse Dame auch zeitweise an Appetitlosigkeit leidet, geht sie zu einem Specialarzt für Magenleiden, der einen Magencatarrh vermuthet und diesen örtlich behandelt. Darauf begiebt sie sich in die Behandlung eines Frauenarztes, nachdem ihr von irgend einer Frau erzählt war, dass sie früher auch an Kopfschmerzen gelitten hätte, dass diese aber, seitdem sie regelmässig von dem Gynäcologen örtlich behandelt werde, nicht mehr aufgetreten seien. Der Frauenarzt entdeckt eine kleine Röthung am Cervix uteri und leitet die örtliche Behandlung ein. Wenn dies der Frau anfängt langweilig zu werden, beginnt sie entweder den Turnus der verschiedenen Specialisten von neuem oder sie macht eine Reise und beginnt nach einer längeren Pause einen neuen Kursus. Bei diesem spielt dann gewöhnlich der Specialarzt für eine bestimmte Heilmethode eine grosse Rolle. So versucht sie es zunächst mit der Massage, dann wendet sie sich an den Specialisten für electrische Behandlung, begiebt sich hierauf in ein medico-mechanisches Institut, dann in eine Lichtheilanstalt, und wenn ihr nach einige Wochen dieses wieder zu langweilig wird, wendet sie sich an den Suggestionstherapeuten und zwar gewöhnlich mit den Worten, dass sie nun schon alles ver-

sucht habe und er der letzte Arzt sei, an den sie sich wende. Diese Aeusserung braucht man allerdings nicht ganz wörtlich zu nehmen; denn es ist geradezu erstaunlich, wie viele Aerzte von solchen Patienten als die letzten betrachtet werden, an die sie sich wenden."

Gelegentlich der Besprechung der ärztlichen Reclame finden wir u. a. die folgenden Sätze: „Zur ethischen Würdigung der Reclame und anderer Mittel Praxis zu erlangen ist die Frage sehr wichtig, wer von der Reclame Vortheile zu erwarten hat. Die Antwort lautet: jeder einzelne Arzt, die Autorität ebenso wie der Anfänger. Es wird allerdings oft angenommen, dass anerkannte Autoritäten keine Reclame nöthig haben. Es hat sich dadurch der Brauch herausgebildet, dass wenn einmal ein junger Anfänger eine ungeschickte Reclame für seine Person macht, ihm dies sehr verübelt wird, dass aber, wenn lange Zeitungsartikel über grosse Autoritäten erscheinen, kein Mensch darin etwas Unstandesgemässes findet." Kleine Diebe hängt man, grosse lässt man laufen.

Auch das Capitel über Collegialität wird in eingehender Weise besprochen. „Es wäre ganz interessant, bei ihren Sprechstunden und Besuchen diejenigen Aerzte zu beobachten, die das Wort Collegialität und Standesinteresse beständig im Munde führen. Man würde dann vielleicht erkennen, dass diejenigen oft mehr collegial sind, die dieses Wort nicht zu viel gebrauchen."

Die angeführten Citate aus dem Buche mögen an dieser Stelle genügen. Dasselbe erörtert in der ausführlichsten Weise und in lückenloser Reihenfolge alle einschlägigen Fragen. Verf. hat es meisterhaft verstanden, das Thema in anziehender und geradezu fesselnder Weise zu behandeln, wozu nicht zum mindesten die zahlreich eingestreuten practischen Beispiele beitragen, mit denen die verschiedenen Lagen, in die der Arzt bei Ausbung seiner Thätigkeit kommen kann, illustrirt werden. Wer das Buch aufmerksam durchgelesen hat, wird zugeben müssen, dass der Verf. überall da, wo er scheinbar erbarmungslos bestehende Missstände blosslegt und die unberechtigte Selbstüberhebung einzelner Specialisten und sogenannter Autoritäten geisselt, den Nagel auf den Kopf getroffen hat, dass seine Ausführungen vollkommen berechtigt sind. So viel ist ja sicher, dass bei dem Umfang, den heutzutage die Medicin angenommen hat, der Arzt nicht zugleich Internist, Chirurg, Frauen-, Augen-, Kehlkopfarzt u. s. w. sein kann. Dass aber auch von der inneren Medicin sich noch mehr Specialisten abscheiden, der eine sich Herzspecialist nennt, der andere Specialist für Tuberculose etc., geht denn doch zu weit. Wie jemand z. B. Specialist für Tuberculose sein kann, ohne in ständigem Contact mit den pathologischen Vorgängen des Gesammtorganismus zu bleiben, ist unverständlich, geschieht jedoch thatsächlich. Es sind doch die allgemeinen Practiker, die zuerst von den Lungenkranken auf-

gesucht werden, sie stellen die Diagnose und von ihnen muss auch erwartet werden, dass sie im Stande sind, die tuberculös Erkrankten, insofern es sich nicht gerade um chirurgische Fälle handelt, nach wissenschaftlichen Grundsätzen zu behandeln. So war es früher und wird es mit wenigen Ausnahmen auch in der nächsten Zukunft noch bleiben. Wozu bedarf es demnach noch eines Specialisten für Tuberculose, der, wie es zum Theil geschieht, mit souveräner Verachtung auf die allgemeine Medicin und ihre Vertreter herabsieht? Gegen diese Auswüche des Specialistenthums muss mit Recht Front gemacht werden, wenn anders die practischen Aerzte zum grossen Schaden der Patienten nicht zu Stadtreisenden und Zutreiber für höchst überflüssige Specialisten herabgewürdigt werden sollen. Zum Schlusse möchten wir unser Urtheil über das M o l l'sche Buch dahin zusammenfassen, dass dasselbe ein ganz ausgezeichnetes Werk ist und von Seiten der Aerzte die weitgehendste Beachtung verdient.

Mittheilungen aus der neuesten Journal-Literatur.

I. Innere Medicin.

H e i n r i c h H i l d e b r a n d: *Ueber den diagnostischen Werth der Röntgenstrahlen in der inneren Medicin.*

Das Röntgenbild stellt bei vielen inneren Leiden ein wesentliches diagnostisches Hülfsmittel dar, während es bei vielen anderen so gut wie nichts leistet. Nach den reichen Erfahrungen, welche bis jetzt gemacht worden sind, kann man bei einer bestimmten Krankheit schon von vorneherein sagen, ob die Röntgenuntersuchung einen Erfolg verspricht oder nicht, und im letzten Falle sollte man in der Praxis überhaupt von einer Aufnahme absehen. Zu den Erkrankungen, bei welchen man durch das Röntgenbild nicht mehr erfährt als durch die sonstigen Untersuchungen, gehören Lungenphthise sowohl im Anfang als später bei Cavernenbildung, Lungenentzündung, Herzfehler, Gallensteine, Tumoren des Bauches und die Erkrankung des Centralnervensystems.

Wesentlich unterstützt uns das Röntgenbild bei Lungengangraen und anderen central gelegenen Lungenherden (Echinococcus etc.), Mediastinaltumoren und Aortenaneurysmen, Fremdkörpern, endlich bei Nierensteinen; bei diesen Erkrankungen sollte man, sobald irgend ein Zweifel besteht, *in jedem Fall* das Röntgenverfahren mit zu Hülfe nehmen. Bei den übrigen Krank-

heiten richtet es sich nach dem einzelnen Fall, ob man sich von einer Röntgenuntersuchung einen Erfolg versprechen kann.

Das Röntgenverfahren leistet auch in der inneren Medicin, wenn es verständig gehandhabt wird, ganz ausserordentlich viel, und es stellt eine wesentliche Bereicherung unserer diagonstischen Hülfsmittel dar; aber das unterliegt keinem Zweifel, dass im Allgemeinen viel zu viel von demselben verlangt wird und dass es auch jetzt noch, trotz der gemachten Erfahrungen in Fällen angewandt wird, bei welchen gar keine Aussicht auf irgend einen Erfolg vorhanden ist. Ferner wird zu häufig der Fehler gemacht, dass von *einer* vielleicht gut gelungenen Platte Schlüsse auf die Allgemeinheit gezogen werden und dadurch falsche Vorstellungen von dem Werth des Verfahrens erweckt werden. (Münch. med. W., 1901 No. 50.)

Fritz Köhler: *Die medicamentöse Bekämpfung des Fiebers bei der Lungentuberculose.*

Es gelingt häufig, durch Anwendung der Antipyretica in der Behandlung der Lungenschwindsucht in mannigfacher Hinsicht Erfolge zu erreichen. Es sind dies nicht nur günstige Resultate, bei denen eine planmässige Heilstättenbehandlung vorauszusetzen ist, sondern auch in der Privatpraxis, in welcher die Regeln der Anstaltsbehandlung nur in beschränktem Maassstabe und mit weniger günstigem Erfolge durchgeführt werden können, kann man von einer einsichtsvollen Fieberbekämpfung bei der Behandlung Tuberculöser mancherlei erwarten. Die medicamentöse Fieberbehandlung unterstützt unzweifelhaft wirksam die zweckmässige physicalisch-diätetische Therapie der Lungentuberculose, indem ungeschmälerter Freiluftgenuss mit gleichzeitiger Herzanregung, ferner psychische Anregung und subjectives Wohlbefinden, sowie gesteigerte Nahrungsaufnahme durch Ausschaltung des Fiebers bewirkt wird. K. möchte daher der antipyretischen Behandlung mit Fiebermitteln das Wort reden und bevorzugt dabei in erster Linie das jetzt häufiger gebrauchte, 1896 von Filehne in den Arzneischatz eingeführte Pyramidon, über welches er in einer späteren Mittheilung eingehend zu berichten gedenkt. (Ibidem 1901, No. 50.)

A. Ott: *Ist die bei Phthisikern nach leichten Körperanstrengungen auftretende Temperatursteigerung als Fieber zu betrachten?*

Durch sachgemässe Untersuchungen an 25 Kranken hat O. den Beweis erbracht, dass es sich bei dem in Rede stehenden Symptom thatsächlich um Fieberzustände handelt. Für die Praxis ergiebt sich daraus die unbedingte Nothwendigkeit, die Entstehung solcher Fieberanfälle zu verhindern, und das ist nur möglich durch Beschränkung von Körperbewegungen. O. will

damit keineswegs einer protrahirten Liegecur von Morgens bis Abends das Wort reden, man darf aber auch nicht in das andere Extrem verfallen, das unbeschränkte Bewegungsfreiheit den fieberlosen Phthisikern einräumen will. Die nicht selten vorkommende Thatsache, dass sich an körperliche Ueberanstrengungen beim Lungenkranken lang dauerndes Fieber mit fortschreitendem Verfall anschliesst, dürfte uns zur Genüge über die Gefährlichkeit dieses Extrems belehren. (Ibidem.)

A. Hammelbacher und Pischinger: *Zur Behandlung der Lungenblutungen mit subcutanen Gelatineinjectionen.*

Die Verf. berichten über zwei auf diese Weise behandelte Fälle von Lungenblutung bei Phthisikern in günstiger Weise. Wenn es auch bei dem wechselvollen Verlauf der Lungenblutungen bei Tuberculose gewagt wäre, ihren Stillstand in den beiden geschilderten Fällen bestimmt auf die Gelatineinjection zurückzuführen, so möchten sie es doch in jedem Falle einer starken Haemoptoe für rathsam halten, einen Versuch damit zu machen, falls nach den äusseren Verhältnissen die Beschaffenheit einer einwandsfreien Lösung und ihre aseptische Application möglich ist. (Ibidem.)

Leser: *Ueber ein die Krebskrankheit beim Menschen häufig begleitendes, noch wenig bekanntes Symptom.*

Schon im Jahre 1898 war es L. aufgefallen, dass sich bei Carcinomkranken multiple, kleinste, blaurothe Geschwülste in der Hautdecke fanden, welche sich auffallend schnell während der Krankheitsverlaufes vermehrten. Seit dieser Zeit beobachtete L. noch 60 weitere Fälle, die ähnliche, wenn auch nicht immer so ausgesprochene Erscheinungen boten. Ausserdem hatte der frühere erste Assistent von Leser, Dr. Müller, in den Jahren 1897—1899 einerseits 50 Krebskranke, andererseits 300 andere chirurgische bezw. interne Fälle auf das Vorhandensein von kleinen Angiomen der Haut auf das Genaueste untersucht. Unter diesen 50 Fällen von Carcinom war nur ein einziger Fall (39 Jahre alter Patient), Carcinoma oesophagi, bei dem sich kein Angiom fand. Bei allen übrigen sind derartige Neubildungen gefunden worden. Aus der Untersuchung der erwähnten anderen 300 Fälle ergab sich, dass allerdings im späteren Alter hin und wieder derartige Gefässgeschwülste auftreten, ohne dass die genaueste Untersuchung und Beobachtung ein Carcinom bei dem betreffenden Kranken feststellen konnte. Immerhin ist einerseits das Alter ein sehr viel höheres, andrerseits die Zahl der Geschwülste eine so erheblich kleinere gewesen, dass L. nicht ansteht, auf Grund seiner bisherigen Beobachtungen zu behaupten, dass den im relativ frühen Alter und in verhältnissmässig grosser Anzahl auftretenden Angiomen der Hautdecke ein diagnostischer Werth bei der Diagnose Carcinom beigemessen werden muss.

Aus den angestellten Untersuchungen hat sich ferner ergeben, dass eigentlich erst nach dem 50. Lebensjahre bei anscheinend Gesunden auch derartige Angiome sich finden, während bei Carcinomkranken bereits mit dem 25. Lebensjahre dieselben in mehr oder minder gehäufter Zahl auftreten. Und desshalb möchte L. eben diesen Angiomen einen zur Diagnose leitenden Werth zu erkennen. Man findet eben bei Krebskranken eine Erscheinung, die bei Gesunden oft gar nicht oder sehr viel später und meistens viel beschränkter einsetzt. L. fordert zu weiter Nachprüfung auf und hebt einige hierbei besonders zu berücksichtigende Punkte hervor. (Ibidem 1901, No. 51.)

Ferdinand Kornfeld: *Zur Prophylaxe der Tuberculose.*

Die richtige Methode der Unschädlichmachung und der Beseitigung des Auswurfes ist eines der wichtigsten Ziele der prophylactischen Maassnahmen zum Zwecke der Eindämmung der Tuberculose. Die zur Zeit übliche Unschädlichmachung des Sputums Tuberculöser muss als unpractisch, unreinlich und leider auch als unzulänglich bezeichnet werden. Das ideale Abtödtungsmittel für infectiöse Keime aller Art ist das Feuer. Gelingt es, dasselbe überall wirken zu lassen, und zwar in der Weise, dass die Utensilien und die wichtigsten Einrichtungsstücke, welche eine zweckentsprechende Krankenpflege bedarf, aus unverbrennbarem Material hergestellt werden, dann kommen wir dem idealen Ziele der Unschädlichmachung keimhaltigen Materiales gewiss um ein Beträchtliches näher. Im Asbest besitzen wir einen Stoff, der das erwähnte Desinfectionsverfahren gestattet. K. hat nun nach langen Vorversuchen Spuckschalen, Leibschüsseln, ja das gesammte Mobiliar der Krankenstube, sämmtliche Möbel, Decken-, Boden- und Wandbekleidung einschliesslich der Leib- und Wirthschaftswäsche, Trink- und Essgeschirr, Lavoirs, Schwämme etc. aus Asbest herstellen können, so dass man jetzt in die Lage versetzt ist, durch Einwirkung von Feuer alle Keime, so bald und so oft man nur will, zu vernichten. Asbest ist ganz ausserordentlich billig, die Anfertigung der Objecte höchst einfach, da man gewalzte Asbestplatten je nach Bedarf wie Carton plastisch biegen und formen oder wie Holzplatten zur Verfertigung des gesammten Mobiliars verwenden kann. Asbestfasern können statt Watte zur Entfernung von Verunreinigungen, wie Sputumflecken etc. benützt, nachher ausgeglüht und wieder verwendet werden; Asbestwolle ist unverwüstlich und weit billiger als Watte. Als besonders wichtig erscheint K. die Herstellung von Kathetern aus Asbest, die bereits in Angriff genommen wurde. (Wiener med. W. 1901, No. 50.)

Hugo Wiener: *Ueber den Glycocollvorrath des thierischen Organismus.*

W. führt in seiner Arbeit die folgenden Sätze auf: 1. Der Glycocollvorrath des Organismus (des Kaninchens) ist ein ge-

ringer, dabei ein constanter (0.3276 g — 0.3496 g per Kilo). 2. Er kann vorübergehend durch Einverleibung gewisser Amidosäuren gesteigert werden, doch sind letztere unter einander nicht gleichwerthig. 3. Als constantes, intermediäres Product beim Eiweissabbau dürfte das Glycocoll nicht aufzufassen sein. Es warnen daher die Experimente des Verf., den extra corpus nachgewiesenen Abbau der Eiweisskörper schlankweg auf den lebenden Organismus zu übertragen. (Prager med. W. 1901, No. 50 und 51.)

II. Chirurgie.

Carl Deutschländer: *Perimetrische Buckelmessung.*

Für die Messung der pathologischen Form- und Gestaltsveränderungen der Wirbelsäule und des Brustkorbes sind eine ganze Reihe von Verfahren angegeben, aber keins von diesen erfreut sich einer allgemeineren Verbreitung, da sie entweder zu unverlässig oder zu complicirt oder zu kostspielig sind. D. wendet nun seit einiger Zeit ein Verfahren an, das ihm ermöglicht, ohne grossen Aufwand von Zeit und Mühe objective sichere Messungen am deformirten Brustkorb auszuführen, und das er daher der Nachprüfung empfehlen möchte. Er geht in folgender Weise vor: Der Patient, dessen Skelettveränderungen er regelmässig zu controlliren beabsichtigt, wird in Bauchlage auf einen flachen Tisch gelegt, die Arme werden rechtwinklig zum Brustkorb abducirt. Sodann wird mittels einer oder zweier Gipsbinden ein genauer Rückenabdruck gemacht. Nach dem Erhärten wird die Gipsschale abgenommen und auf der Höhe der Convexität ein Loch gebohrt. Dieser Gipsabdruck ist nun der Buckelmesser. Will man feststellen, ob nach einiger Zeit am Skelett Veränderungen eingetreten sind, so wird der Gipsabdruck auf seiner Innenseite mittels einer Flamme vollständig eingerusst. Der Pat. kommt in dieselbe Lage, die er bei der Anfertigung des Buckelmessers eingenommen hat, und nun wird die in der angegebenen Weise vorbereitete Gipsschale ohne jede Anwendung stärkeren Druckes auf den Rücken des Patienten gelegt. Durch das Loch auf der Höhe des Buckels führt man einen Blaustift oder einen anderen markirenden Gegenstand ein. Nimmt man die Gipsschale ab, so wird an den Stellen, wo eine Abflachung eingetreten ist, der Rücken des Pat. keine Russfärbung annehmen, da keine Berührung mehr stattfindet. Hat keine Abflachung, sondern eine Zunahme des Buckels stattgefunden, so wird sich auf dessen Höhepunkt ein stärkerer Russabdruck bilden, während die Peripherie frei bleibt. (Centralbl. f. Chirurgie 1901, No. 43.)

H. Marx: *Chinin als Stypticum und Antisepticum.*

Auf Grund von Versuchen und gestützt auf eine Reihe bacteriologischer wie klinischer Beobachtungen, glaubt M. das

Chinin als wirksames Stypticum und Antisepticum empfehlen zu dürfen. Wir wissen, dass das Chinin ein specifisches Protoplasmagift ist, seine desinficirende Kraft lässt sich theoretisch hieraus ableiten, dieselbe wird ausserdem noch durch Experimente, die M. hierüber angestellt hat, in hinreichender Weise bestätigt. Die blutstillende Wirkung des Chinins entspringt aus der Fähigkeit seines salzsauren Salzes, die rothen Blutkörperchen zu agglutiniren. Für die practische Verwendung des Chinins bedient man sich am besten der feuchten Tamponade bezw. Compression, indem Gazebäusche, die in 1—2procentige Chininum hydrochloricum-Lösung getaucht sind, in die Wunde eingeführt bezw. auf die blutende Fläche (bei parenchymatöser Blutung) aufgedrückt werden. (Ibidem, No. 45.)

Anton Bum: *Experimentelle Untersuchungen über den Einfluss der Stauung auf die Entwicklung des Knochencallus.*

Die in dieser Richtung angestellten Untersuchungen erwiesen über jeden Zweifel erhaben die ausnahmslos wahrzunehmende vorgeschrittenere Verkalkung und Ossification des periostalen Callus der gestauten Seite. In allen Fällen erwies sich derselbe mächtiger als auf der nicht gestauten Seite. Die erhaltenen Präparate zeigten für die gestaute Seite den Callus in einem vorgeschritteneren Stadium als für die nicht gestaute Extremität. (Iibidem No. 47.)

Fritz Hölscher: *Zur Behandlung der Ischias.*

Seit 10 Jahren behandelt Verf. die schweren Fälle von Ischias, die mit ihren immer wiederkehrenden Recidiven jeder internen und mechanischen Therapie trotzen, durch breite Freilegung des Nerven nach seinem Austritt aus der Incisura ischiadica und mehrtägiges Auflegen eines Gazetampons, der in 5procentiger Carbolsäure getränkt ist. Der Erfolg ist durchwegs prompt und von Dauer. Unter 15 Fällen erlebte H. nur 2 Recidive nach 2 resp. 3 Jahren, und hier hatte er aus Besorgniss für den Nerven eine dünne Muskelschicht über diesem gelassen, wodurch es nicht zu einer unmittelbaren Carbolwirkung kam. (Ibidem 1902, No. 2.)

Demetrio Galatti: *Trachealcanülenbrüche.*

G. beschreibt folgenden Fall: Ein 2jähr. Kind musste nach der Intubation wegen häufigen Aushustens des Tubus tracheotomirt werden. Nach einigen Tagen Canülenwechsel. Da das Decanulement unmöglich war, wurde behufs Erweiterung der Wunde die Gersuny'sche Trichtercanüle eingeführt. Nach zwei Tagen löste sich, während die Wärterin das Kind auf dem Arme hatte, das Schild der Canüle vom Canülenrohr ab. Das Kind athmete schlecht; die Wärterin hielt aus Furcht, das Kind könnte ersticken, die zerbrochene Canüle mit den Fingern, die wegen

ihrer conischen Gestalt durch die verengerte Trachealwunde nicht in die Tiefe fallen konnte. G. kam bald darauf, nahm die zerbrochene Canüle heraus und führte sofort eine andere ein. G. bemerkt noch, dass das Kind beim jeweiligen Canülenwechsel sofort asphyctisch wurde, so dass, wenn die Canüle herausgefallen wäre, das Kind sicher an Asphyxie gestorben wäre. Im Anschluss an den beschriebenen Fall theilt G. noch 24 Fälle aus der Literatur mit. (Wiener med. W. 1901, No. 51.)

Fenton B. Turck: *Ueber einige Methoden zur Verhinderung von Shok und Infection bei chirurgischen Operationen.*

Verf. kommt gestützt auf Thierversuche und Beobachtungen bei Operationen zu folgenden Schlüssen:

1. Pathogene und nichtpathogene Bacterien, die vor oder während chirurgischer Eingriffe sich auf und in der Haut finden, können zu Infectionen Veranlassung geben.

2. Besonders bei Bauchoperationen kann die Haut, trotz aller Vorsichtsmaassregeln, eine Quelle tödtlicher Infectionen werden. Empfänglichkeit für Infectionen findet sich besonders bei Schwächezuständen, bei Herabminderung der Lebenskraft, bei jedem leichten und schweren Shok.

3. Die üblichen Laparotomiecompressen und -Schwämme gewähren keinen genügenden Schutz.

4. Die Anwendung von Kautschukcompressen, die sich der Haut enge anpassen, verhindern eher die Infectionsgefahr von der Haut aus und vermindern auch die Gefahren der Beschmutzung der Haut durch Austritt von Darminhalt.

5. Das Peritoneum kann durch den Austritt von Darm- und Abscessinhalt während der Laparotomie inficirt werden. Diese Infection kann trotz sorgfältigster Durchführung aller jetzt üblichen Maassnahmen erfolgen.

6. Bei angeblichen Todesfällen an „Shok" und „Erschöpfung" ist besonders dann, wenn der Darm den Gefahren der Beschmutzung durch Austritt von Darminhalt ausgesetzt wurde, der Tod wohl mehr auf die Infection zurückzuführen.

7. Bei dem Vorziehen der Därme durch kleine Oeffnungen in der den Bauch deckenden Kautschukcompresse wird ein absoluter Schutz der Peritonealhöhle erzielt.

8. Vorgelagerte Därme sollen mit einer durch Heisswasserpolster warm gehaltenen Kautschukkappe bedeckt werden, um sie vor Verunreinigungen zu schützen und die Empfänglichkeit gegen Infectionen herabzumindern.

9. Die natürliche Immunität gewisser Thiere gegen bestimmte Bacterien wird durch Vorlagerung der Därme an die Luft durch 1 Stunde oder längere Zeit aufgehoben.

10. Trotz aller Vorsichtsmaassregeln kann die natürliche Im-

munität gewisser Thiere durch längere Manipulation an den Därmen — ohne sichtbare Traumen an denselben zu erzeugen — aufgehoben werden.

11. Bei Thieren, deren Empfänglichkeit nicht künstlich erhöht wurde, hat intraperitoneale Einverleibung von Microorganismen nur geringen Effect.

12. Wurde ein Thier durch Vorlagerung der Därme an die Luft empfänglicher gemacht, so kann Einimpfung pathogener und nichtpathogener Keime tödtliche Infection herbeiführen.

13. Subcutane oder intravenöse Injection physiologischer Kochsalzlösung setzt die Empfindlichkeit der Thiere gegenüber von Vorlagerung und Manipulation an den Därmen nicht herab.

14. Wird eine Temperatur von 48—50° C. während der Zeit, wo an den vorgelagerten Därmen gearbeitet wurde (durch 1 Stunde oder länger), mit Hülfe von Heisswasserpolstern herbeigeführt, so führt die Einimpfung pathogener und nichtpathogener Microben selten zur tödtlichen Infection.

15. Findet Infection statt, so wird letaler Ausgang durch die beschriebenen Maassnahmen hinausgeschoben oder hintangehalten. Die Empfänglichkeit von Infectionen wird durch äussere Wärmeapplication nicht wesentlich beeinflusst.

16. Application von Heisswasserpolstern in die Bauchhöhle verhindert den Eintritt von Shok, Collaps und erzeugt einen gewissen Grad von Immunität oder vermindert die Empfänglichkeit gegen Infectionen.

17. Bei Eintritt von schwerem Shok oder Collaps im Laufe langwieriger Operationen empfiehlt sich als sicherstes Wiederbelebungsmittel Einlegen von Heisswasserpolstern in den Magen und in die Bauchhöhle.

18. Die Erfahrungen am Menschen bestätigen die im Thierversuche gemachten Erfahrungen. (Ibidem No. 48—51.)

L. Réthi: *Eine Radicaloperation der Kieferhöhle von der Nase her zur Behandlung hartnäckiger Empyeme.*

R. hat in weiterer Verfolgung der Methode einer breiten Eröffnung vom mittleren Nasengange aus die Kieferhöhle auf folgende Weise eröffnet: Nach Cocainisirung der Schleimhaut hat er die vorderen zwei Drittel der unteren Muschel resecirt und einmal auch die ganze Muschel mit der hochgradig hypertrophischen Schleimhaut abgetragen. Dann hat er an der freigelegten Insertionslinie der Muschel hinter dem vordersten Ende derselben, mit dem Meisel eine Oeffnung angelegt und dieselbe von hier aus mit der Knochenzange theils nach hinten, theils nach unten und oben erweitert, so dass zwischen Kiefer- und Nasenhöhle eine breite Communication entstand. Das vorderste Ende der Muschelinsertion wurde geschont, die Muschel selbst allerdings auch hier

entfernt, damit die Besichtigung, Einführung von Instrumenten etc. besser ermöglicht wurde. Nach ausgiebiger Spülung der Höhle und Entfernung der Coagula wurde von hier aus mit einer nach aussen gekrümmten Sonde ein dicker und langer Dermatolgazestreifen in die Höhle eingeführt und zwei Tage liegen gelassen. Nach zwei Tagen wurde der Tampon entfernt, und es gelang dann, die Kieferhöhle zu besichtigen. Diese Methode hat den anderen Radicaloperationen gegenüber den Vortheil, dass der Eingriff wesentlich kleiner ist und die Facialwand geschont wird. Ein weiterer Vortheil ist ferner der Wegfall der Narcose, da die Cocainanaesthesie bisher wenigstens genügt hat. Und endlich scheint es R. auch, als ob sich die Kranken zu einem Eingriff von der Nase her überhaupt leichter entschliessen würden, als zur Operation von der Wange her. (Ibidem No. 52.)

SITZUNGSBERICHTE.

Deutsche Medicinische Gesellschaft der Stadt New York.

17 West 43. Strasse.

Montag, den 4. November 1901.

Präsident Dr. Geo. W. Jacoby eröffnet die Sitzung um 8¼ Uhr.

Secretär Dr. John A. Beuermann verliest das Protocoll der vorigen Sitzung, welches genehmigt wird.

Dr. J. W. Gleitsmann theilt seitens des Waldeyer-Comités mit, dass die Rechnungen noch nicht eingereicht seien, so dass das Comité noch keinen endgültigen Bericht erstatten könne.

Dr. John A. Beuermann: Ich möchte in Bezug auf das Waldeyer-Fest den Antrag stellen, dass eine Beschreibung des Festes, ähnlich wie sie die Staats-Zeitung gebracht hat, in das Vereinsprotocoll aufgenommen werde, damit wir in Zukunft auch den geschichtlichen Record davon haben. (Unterstützt.)

Präsident Dr. Geo. W. Jacoby: Die Herren, welche für den Antrag Beuermann sind, dass eine Beschreibung des Festes im Protocoll aufgenommen werde, bitte ich gefälligst „ja" zu sagen. (Geschieht.) Der Antrag ist angenommen. Ich möchte noch ein Wort zu dem Fest bemerken. Ich möchte die Herren darauf aufmerksam machen, mit welcher Liebenswürdig-

keit das Fest von unseren amerikanischen Collegen aufgenommen worden ist. Wenn sich die Herren die Mühe genommen haben, den Leitartikel in dem dieswöchentlichen New York Medical Journal zu lesen, so werden Sie stolz sein auf das, was wir unternommen haben. In diesem Artikel wird die Stellung der deutschen Aerzte in Amerika und besonders der Deutschen Medicinischen Gesellschaft so hervorgehoben und anerkannt, dass wir nur mit Freude auf das Werk zurückblicken können, welches wir durchgeführt haben.

Erlauben Sie mir im Zusammenhang hiermit Ihnen einen Brief von Dr. Carmalt vorzulesen. Ich habe verschiedene derartige Briefe bekommen, und ich dachte, es würde Ihnen Freude bereiten, wenigstens diesen einen heute Abend zu hören.

1. *Vorstellung von Patienten und Demonstration von Präparaten und Instrumenten.*

Dr. Geo. W. Jacoby: Ich erlaube mir hiermit, einem Versprechen meinerseits nachzukommen, indem ich Ihnen diesen kleinen Patienten vorstelle. Sie werden sich dieses Jungen erinnern. Es handelt sich um *sporadischen Cretinismus.* Um kurz zu recapituliren, so will ich sagen, dass das Kind keine Heredität zeigt, dass es sich um eine ziemlich langwierige Geburt gehandelt hat und dass die ersten Zeichen der Erkrankung im 9. Monat auftraten, als das Kind ein Trauma erlitt. Als es fast 7 Jahre alt war, war das Kind ein vollständiger Cretin und dementsprechend auch seine geistige Entwickelung. Er wusste ungefähr, was er wollte, konnte es aber durch keine Sprachleute bezeugen und war in seinem Wachsthum sehr zurückgeblieben, 86 cm gross. Er zeigte ein auffallend grosses herabhängendes Abdomen und vorstehenden Nabel. Sein Gang war klobig, bärenähnlich, sein Haar äusserst mangelhaft. Es waren fast gar keine Haare am ganzen Kopf. Sein Gesicht war gross, viereckig, flach, mit abgestumpfter flacher Nase, sein ganzer Ausdruck einer der Furcht und Angst, wie der eines gehetzten Thieres. Die Haut war hart und blau und voller Runzeln; der Hals sehr gedrungen, seine Laute dick und fast unverständlich und die Schilddrüse fehlte. Kurz, das Kind bot ein Bild von typischen Cretinismus. Das ist das Bild des Kindes, das ich Ihnen damals vorstellte. Ich setzte das Kind auf Schilddrüsenextract, und hier zeige ich Ihnen nun das Resultat. Schon nach zwei Wochen stellte sich eine Besserung ein. Die Zunge blieb nun fest im Munde zurück und hing nicht mehr vor. Sein Gesicht bekam mehr Ausdruck. Die Haut war nicht mehr so trocken, sein Abdomen nicht so prominent. Das Kind fing an zu sprechen, die Fontanellen fingen an sich zu schliessen. Es ward lebhaft, der Gang wurde fester, und es zeigte nicht mehr die ängstliche Befangenheit. Nach vier Monaten nahm die Besserung weiter zu. Das Haar wurde dick, und das Kind zeigte, was

es vorher nicht gezeigt hatte, Anfänge von Wuth, ein Beweis, dass die Emotionen sich bei ihm einstellten. Jetzt nach acht Monaten zeigt das Kind offenbar eine fortgeschrittene Intelligenz. Es gebraucht Worte, die es früher nie gebraucht hatte, und verlangt alles, was es will. Es kann gehen, die Haare haben sich auf der ganzen Kopfhaut entwickelt, die Haut ist weich und glatt geworden, und die Fontanellen sind vollständig geschlossen. Sie können den Fortschritt aus diesen Photographien deutlich erkennen.

2. (Patientin vorstellend): Dies ist ein Fall, der leider für uns, aber glücklicherweise für die Patientin nichts mehr als eine abgelaufene Erkrankung darstellt. Wie die Chirurgen ihre Narben vorstellen, so möchte ich einen abgelaufenen Fall vorstellen. Es handelt sich bei diesem Mädchen um eine *doppelte periphere Facialislähmung*. Die Patientin ist 19 Jahre alt und war vollständig gesund, bis sie am 15. October einen Anfall von Influenza hatte. Sie war vom 15. bis zum 23. nicht wohl. Am 23. October bemerkte sie eine Schwäche im rechten Augenlid. Am nächsten Tag fühlte sie, dass diese Schwäche sich auf die andere Seite hinüberzog. Am 28. October bot sie das vollständige Bild einer doppelseitigen Facialislähmung und einen maskenartigen Ausdruck. Bei jüngeren Personen, wie diese es ist, fällt das nicht so sehr auf. Der Ausdruck ist vielleicht so wie so nicht ausgeprägt wie bei älteren Personen, wo die Runzeln als Ausdruck des vorher passirten Lebens tiefer und prägnanter sind. Ich möchte bemerken, dass ich einmal bei einer alten Frau von einigen 60 Jahren eine derartige doppelte Facialislähmung gesehen habe, und dass eine derartige Lähmung, um mit R o m b e r g zu reden, das beste cosmetische Mittel ist, welches sich eine alte Frau wünschen kann. Aus dieser alten Frau war eine junge Person geworden. Die Falten hatten sich ausgeglättet und das Gesicht bot ein glatte, schöne Maske dar. Dies ist der zweite Fall von doppelter Facialislähmung, den ich gesehen. Das zeigt die Seltenheit der Fälle. Es war eine complete Lähmung. Aber die Sache hat sich seit dem 28. October fast vollständig gebessert. Wenn Sie die Patientin jetzt ansehen, so ist sie im Stande, die Muskeln zu bewegen, sie kann die Augen schliessen und ist ziemlich hergestellt.

Bei diesem Fall kommen noch einige andere Punkte in Betracht, die von grosser Bedeutung sind und die ich hervorheben würde, wenn wir hier in einer Specialisten-Gesellschaft wären, namentlich die Frage nach der Innervation des weichen Gaumens bei Facialislähmung. Es wird nämlich behauptet, dass bei einfacher Facialislähmung der weiche Gaumen niemals mitgelähmt ist, sondern dass es sich, wenn man das vorfindet, um eine Complication mit anderen Nerven handelt. Hier bei dieser Patientin stand der weiche Gaumen vollständig in der Mittellinie unbeweg-

lich, und ich halte diesen Fall als Beweis für dieses Vorkommen für wichtig. Ferner können Sie sich bei derartigen Fällen gewisse Verlegenheiten vorstellen. So war es hier bei der Untersuchung absolut unmöglich, zu erkennen, ob die Patientin Trauer oder Freude hatte, lachte oder weinte. Alles, was man hörte, war ein Grunzen. Man hörte eine Stimme, aber von irgend welcher Ausdrucksbewegung war keine Rede.

Dr. Max Einhorn (Patientin mit *lymphatischer Leukämie* vorstellen): Diese Patientin ist mir von Dr. Rose zugeschickt worden, und ich habe sie hier mitgebracht, weil ich noch einen anderen Fall habe, der eigentlich dieselben Symptome darstellt, bei dem aber eine andere Krankheit vorliegt. Diese Frau ist erst seit einigen Monaten krank und klagt hauptsächlich über ihren Schwächezustand und häufige Anfälle von Diarrhoe. Bei der Untersuchung stellte sich heraus, dass die Milz bedeutend vergrössert ist, die Leber bedeutend an Umfang zugenommen hat, und ausserdem alle Drüsen packetartig angeschwollen sind. Man bekommt zunächst den Eindruck, als ob es sich um eine Hodgkin'sche Krankheit handelt, die Blutuntersuchung ergab aber, dass wir es hier mit einer lymphatischen Leukämie zu thun haben. Die weissen Blutkörperchen sind bedeutend vermehrt. Das Verhältniss der weissen zu den rothen ist wie 1 zu 30, und die Zunahme der weissen Blutkörperchen ist hauptsächlich durch Lymphocyten bedingt.

Nun habe ich einen typischen Fall mitgebracht, der dieselben Erscheinungen zeigt, bei dem aber die Untersuchung des Blutes normale Verhältnisse ergeben hat. Ich mache Sie darauf aufmerksam, dass bei dieser Patientin die Lippen ziemlich roth sind, während Sie bei dem Mann, den ich dann bringen werde, im Gegentheil sehen werden, dass er blässer aussieht, als die Frau. Trotzdem hat diese Frau Leukämie, aber der Mann nicht.

2. (Patienten mit *Pseudoleukämie* vorstellend): Dieser Herr erkrankte unter ganz ähnlichen Symptomen vor drei Monaten ungefähr mit Diarrhoe. Als der Patient vor 6 Wochen zum ersten Mal zu mir kam, war seine Hauptklage Diarrhoe. Ausserdem hatte er Schmerzen im Leib, Schwäche und bedeutende Anschwellung der Drüsen, nicht nur der Inguinaldrüsen, sondern aller Drüsen. Ebenso ist die Leber und Milz angeschwollen, aber die Milz nicht so vergrössert, wie bei der Frau. Seine Farbe ist wie gesagt blässer als die der Frau, obwohl hier keine Vermehrung der weissen Blutkörperchen vorliegt.

Es ist in letzter Zeit viel darüber geschrieben worden, ob man beide Krankheiten, die Pseudoleukämie und Leukämie als eine Krankheit bezeichnen soll oder nicht. Einige bedeutende Autoren meinen, dass es sich um ein und dieselbe Krankheit handelt, aber dass es bei der Hodgkin'schen Krankheit nicht zur Vermehrung der weissen Blutkörperchen gekommen ist, dass es

jedoch dazu kommen werde, wenn sie länger dauert. Ich bin nicht dieser Ansicht und werde Ihnen gelegentlich darüber einen Vortrag halten.

3. (Patientin mit *Myxoedem* vorstellend): Ich möchte Ihnen nun noch eine Patientin vorstellen, die seit etwa drei Jahren — sie ist jetzt 53 Jahre alt — angefangen hat an Umfang zuzunehmen und an Kraft abzunehmen. Das sind die Hauptklagen, die sie hat. Je dicker sie wurde, desto schwächer wurde sie. Dabei hat sie Appetitlosigkeit, sie isst nicht gut, und giebt auch an, dass sie mehr schläft, als früher und leicht einschläft, auch am Tage, und nichts thun kann. Sie kann kaum gehen. Wenn Sie sich die Frau ansehen, so finden Sie, dass ihre Haut ziemlich dick und trocken ist. Die Hände sind dick geworden. Die Haut an den Unterschenkeln ist sehr trocken. Das Herz wurde untersucht, aber nichts Abnormes gefunden; ich wil aber bemerken, dass im Urin etwas Eiweiss gefunden wurde. Ich habe hier ein Bild der Frau, welches vor drei Jahren aufgenommen wurde, und Sie können es mit dem jetzigen Aussehen der Patientin vergleichen. Ich glaube, es handelt sich um einen Fall von Myxoedem, und nicht etwa um eine Zunahme durch Fettsucht, aber es ist kein sehr vorgerückter Fall von Myxoedem. Wenn die Frau noch ein Jahr ohne Schilddrüsen-Extract bliebe, dann würden diese Symptome viel mehr hervortreten. Seit einigen Tagen hat sie die Tabletten bekommen. Sie klagt jetzt hauptsächlich über Kurzathmigkeit nach leichter Anstrengung.

Dr. Franz Torek: 1. Fall von *Exstirpation der Gallenblase wegen Adeno-Carcinomes.* Frau S., 53 Jahre alt, hat seit 2 Jahren an Schmerzen in der Gegend der Gallenblase gelitten, die sie fast constant plagten, aber sich schubweise acut verschlimmerten. Vor zwei Jahren, zu Beginn ihres Leidens, war sie 6 Wochen lang icterisch und musste viel erbrechen. Hat seit jener Zeit häufig Anfälle von Uebelkeit und Erbrechen gehabt. Seit einem Monat bemerkt sie eine Geschwulst unter der Lebergegend. St. pr. am 30. August 1901: Im rechten Hypochondrium eine harte Geschwulst, ca. 7 cm messend, die bei der Respiration an der Bewegung der Leber theilnimmt, sonst aber nur wenig beweglich ist. Klin. Diagnose: Tumor der Gallenblase, vielleicht mit Cholelithiasis.

Operation am 2. September. Längsschnitt durch den rechten Rectus. Der Tumor ist mit seiner ganzen Umgebung dicht verwachsen, und zwar mit dem Pylorus, dem Colon transversum, Omentum, Duodenum und noch einer anderen Dünndarmschlinge, nebst ausgedehnten Verwachsungen mit der Leber, so dass die Exstirpation sich recht schwierig gestaltete. Von der Leber wurde die Geschwulst mit dem Pacquelin getrennt, die übrigen Adhäsionen grösstentheils mit Messer und Scheere gelöst. Nach Beendigung der Exstirpation wurde mit Gaze drai-

nirt und die Bauchwunde bis auf die Drainageöffnung geschlossen. Der Tumor war äusserst brüchig und riss schon während der Operation einmal ein.

Das Bemerkenswerthe an dem Falle ist, dass der Tumor die Gallenblase in ihrer ganzen Ausdehnung derart betraf, dass von einer Lichtung in ihrem Inneren nichts mehr zu finden war. Dr. Heitzmann, der so freundlich war, den Tumor zu untersuchen, fand, dass es sich um ein Adenocarcinom handelte. Wenn auch in Folge der Verwachsungen die Prognose infaust ist, so ist die Patientin zur Zeit doch von ihren Beschwerden gänzlich befreit.

2. Fall von *durch Operation geheilter Spina bifida.* — Die kleine Patientin, die ich Ihnen hier vorstelle, ist ein Fall von Spina bifida, den ich durch eine am 7. October ausgeführte Operation zur Heilung gebracht habe. Das Kind war damals 18 Tage alt. Familiengeschichte negativ. In der oberen Lumbalgegend zeigte sich bei dem sonst wohlgebildeten Kinde eine Geschwulst am Rückgrat, welche 7 cm im Durchmesser betrug. Die Geschwulst war durchscheinend, prall gespannt und liess sich durch Druck etwas verkleinern. Die Diagnose lag zwischen Meningocele und Myelocystocele. Unter Chloroformnarcose machte ich einen medianen Längsschnitt durch die papierdünnen Hüllen des Bruchsackes und präparirte dieselben vorsichtig bis zum Halse des Bruchsackes zurück. Während der Hals der ganzen Geschwulst gut 3 cm im Durchmesser betrug, so mass der Hals des Bruchsackes nur ca. 5 mm. Nach Eröffnung des Bruchsackes und Entleerung der darin enthaltenen klaren, hellgelben Flüssigkeit, zeigte es sich, dass nirgends an der inneren Fläche des Sackes Nervenelemente gefunden werden konnten, dass es sich also um eine reine Meningocele handle. Dieselbe trat am ersten Lumbalwirbel hervor, wo die beiden Lamina sich nicht vereinigt haben und der Dornfortsatz fehlt. Der Hals des Sackes wurde jetzt mit einem Catgutfaden abgebunden und der Sack abgetragen. Zur Bedeckung blieben die beiden übermässig grossen Hautlappen. Den linken Lappen trug ich bis auf einen kurzen Stumpf ganz ab, den rechten verkürzte ich noch etwas und nähte ihn mit Catgut an den Stumpf des linken Lappens, so dass der Defect durch den rechtsseitigen Lappen thürflügelartig gedeckt wurde. Auf diese Weise wurde es vermieden, dass die Hautnaht direct über dem Stumpf des Bruchsackes zu liegen kam, eine Vorsichtsmassregel, welche gewiss die prima intentio begünstigt. Bei der Operation sowohl wie beim Verbande wurde jedes Antisepticum sorgfältig vermieden, damit die zarten Gewebe nicht gereizt würden, sondern rein aseptisch vorgegangen. Um Beschmutzen mit Koth und Urin zu vermeiden, wurde die Mutter angewiesen, das Kind dauernd auf dem Bauche liegen

zu lassen und keine Windel anzulegen. Auf diese Weise gelang es, die Wunde vollkommen aseptisch zu halten.

Das Beachtenswerthe bei diesem Falle ist, meines Ermessens, erstens, die verhältnissmässig hohe Lage der Meningocele, da reine Geschwülste dieser Art vorzugsweise in der Sacralgegend vorgefunden werden; zweitens, die Nachbehandlung des Kindes in constanter Bauchlage. Diese Lage aber kann man am leichtesten bei ganz jungen Kindern durchführen, eine Thatsache, welche als Argument zu Gunsten frühzeitiger Operation dieser Fälle dienen würde.

3. Fall von *Tumor der Thränendrüse,* nach Kroenlein operirt, mit einer Modification der Technik. — Herr B. B., 39 Jahre alt, kam am 22. September 1901 unter meine Beobachtung. Die Anamnese ergab, dass er vor 5 Monaten Geschwülste in der Gegend der rechten Parotis und des rechten Sternocleido-mastoideus bemerkte. Vor 2 Monaten entdeckte er eine Schwellung in der rechten Orbitalhöhle oberhalb des Augapfels, und auch einige Geschwülste über der rechten Clavicula. St. praesens: Tumor in der Gegend der rechten Thränendrüse, den Augapfel nach unten und vorn verdrängend. Conjunctiva injicirt. Wenn er nach rechts oder nach oben sieht, so hat er Doppelbilder. In der Gegend der Parotis, oberflächlich zu derselben gelegen, sowohl wie vor, über, und unter derselben, sind geschwollene Drüsen; ebenso in der Sterno-cleido-mastoideus- und Supraclaviculargegend; einige davon von Taubeneigrösse. Diese Drüsen, sowohl wie die Thränendrüsengeschwulst, fühlen sich weich an, aber nicht fluctuirend. Klin. Diagnose: Sarcom der Thränendrüse mit Lymphknotenmetastasen. Die Thatsache, dass nach der Anamnese die Lymphome eher erschienen sein sollen als die Thränendrüsengeschwulst, glaube ich dahin erklären zu dürfen, dass Tumoren der Thränendrüse, so lange sie klein sind, schwer palpirt werden können, dass also thatsächlich die Thränendrüsengeschwulst eher vorhanden war als die Lymphome.

Ehe ich den Patienten gesehen hatte, war er schon ausgiebig mit Arsenik, Quecksilber und Jodkali behandelt worden. In Hinsicht auf die Möglichkeit, dass es sich um malignes Lymphom handle, gab ich ihm noch 3 Wochen lang Arsenik; da jedoch diese Behandlung keine Besserung erzielte, beschloss ich zu operiren, und zwar in zwei Zeiten, da die ausgedehnte Drüsenaffection schon an und für sich eine langdauernde Operation erfordern würde.

Am 14. October also griff ich zuerst den Orbitaltumor an, nach Kroenlein's Methode, jedoch mit einigen kleinen Veränderungen in der Technik. Kroenlein's Operation zur Entfernung intra-orbitaler Tumoren besteht, wie man sich erinnern wird, in einer osteoplastischen Resection der äusseren Orbitalwand und wird folgendermaassen ausgeführt: Schnitt am

äusseren Orbitalrand bis auf den Knochen, vom unteren Ende dieses Schnittes die Incision nach hinten verlängernd. Mit einer Stichsäge wird nun die äussere Wand der Orbita an ihrem oberen und unteren Ende von innen nach aussen durchgesägt, dann abgebrochen und in Verbindung mit den darüber liegenden Weichtheilen nach aussen dislocirt. Meine modificirte Methode war folgende: Ein beinahe halbkreisförmiger Schnitt wird auf dem äusseren Theile des Orbitalrandes bis auf den Knochen geführt. Diesem werden zwei seitliche Schnitte beigfügt, ein oberer und ein unterer, welche am obersten resp. untersten Theile der Orbitalwand beginnen und nach hinten verlaufen. Der obere dieser beiden seitlichen Schnitte wird convex nach oben, der untere convex nach unten angelegt. Die Ursache für die Wahl einer Bogenlinie wird später ersichtlich sein. Um die Ernährung des zu resecirenden Stückes zu sichern, wurde es sorgfältig vermieden, dass das Periost und die anderen Weichtheile auch nur im Geringsten davon abgelöst würden. Zur Resection wurde die Gigli'sche Säge benutzt. Diese wurde, für den unteren Sägeschnitt, durch die Fissura sphenomaxillaris geführt, indem die Nadel von der Orbitalhöhle aus durch die Fissur und direct über dem Zygoma wieder herausgeführt wurde. Für den oberen Sägeschnitt wurde ein Loch vom vorderen Theile der Fossa temporalis aus in die Orbitalhöhle gebohrt und die Säge durchgeführt. Dieses Loch wurde so hoch wie möglich angelegt. Während des Bohrens wurde der Augapfel durch ein breites, flaches Instrument vor Verletzung durch die Spitze des Bohrers geschützt. Um so viel Raum als möglich zu gewinnen, wurden die Sägeflächen schräg angelegt, indem für den oberen Schnitt nach vorn und gut nach oben, durch den Processus angularis des Stirnbeins, für den unteren, nach vorn und leicht nach unten, durch den Körper des Os zygomaticum, gesägt wurde. Es wird jetzt ersichtlich sein, warum die seitlichen Hautschnitte in der oben angegebenen, nach oben resp. unten geschwungenen Weise angelegt wurden, da es für die Integrität der Verbindung zwischen Periost und Knochen von Wichtigkeit ist, dass Weichtheil- und Knochenschnitt in derselben Ebene zu liegen kommen, und die Weichtheile während des Durchsägens des Knochens nicht verzogen zu werden brauchen. Nachdem die beiden Sägeschnitte gemacht worden waren, liess sich das entsprechende Knochenstück leicht abknicken und zusammen mit dem Weichtheillappen zurückhalten. Der auf diese Weise gewonnene Zutritt zur Orbitalhöhle ist ein vortrefflicher. Der Tumor nebst einem Theile des Periosts von der oberen Orbitalwand wurde entfernt; vom Augapfel war die Trennung wegen fester Verwachsungen etwas schwierig. Der Tumor war 1⅛ Zoll im längsten, und ⅜ Zoll im kürzesten Durchmesser, von weicher, brüchiger Consistenz und röthlich brauner Farbe. Nach Beendung der Exstirpation wurde die äussere Orbitalwand reponirt und mit einigen durch das Periost

gelegten Catgutnähten fixirt. Am unteren Ende wurde ein kleiner Gaze-Drain eingelegt und die Wunde mit Silkwormgut vernäht. Die Gaze wurde am dritten Tage gewechselt und am fünften Tage ganz entfernt. Am siebenten Tage wurden die Nähte entfernt und die Wunde war geheilt.

Am elften Tage darauf, dem 25. October, wurden die Drüsen durch drei Incisionen entfernt; die erste vor dem Ohr und dem Sternocleido-mastoideus, die zweite hinter jenem Muskel, die dritte oberhalb des Schlüsselbeins. Etwa 30 Drüsen von verschiedener Grösse wurden entfernt, von welchen einige vor dem Ohr liegende sich in das Parotisgewebe hineingedrängt hatten. Diese Drüsen hatten dieselbe Consistenz und Farbe wie die Thränendrüsengeschwulst. Macroscopisch schienen sie Sarcome zu sein. Da mir die Präparate leider fortgeworfen worden sind, kann ich keine microscopische Diagnose angeben.

Ein paar Tage lang nach der Operation war vollständige Ptose vorhanden, die sich aber nach und nach besserte, bis Pat. jetzt, 3 Wochen nach der Operation, das Augenlid beinahe vollständig heben kann. Der Knochen befindet sich genau in seiner früheren Lage, so zwar, dass die Sägeschnitte in demselben kaum noch entdeckt werden können. Das Auge ist nicht mehr dislocirt, sondern wieder in seiner normalen Lage, und der Patient kann nach irgend einer Richtung hinsehen, ohne Doppelbilder zu bekommen.

Dr. A. Schapringer: *Plaques muqueuses der Augapfelbindehaut.* — Ich stelle Ihnen diesen 26jährigen Mann vor, der eine syphilidologische und ophthalmologische Seltenheit darbietet, nämlich Plaques muqueuses der Bindehaut des Auges auf beiden Seiten. Er hatte vor einem Jahre Geschwüre an den Unterschenkeln und wurde im Bellevue Hospital behandelt, wo der Arzt auf Initialsclerose inquirirte. Der Patient kann sich indess nicht an ein Geschwür der Genitalien erinnern. Das ist eine Lücke, die in sehr vielen Krankengeschichten vorkommt. Ich sah den Patienten zuerst vor etwa 5 Tagen. Vor etwa zwei Wochen, erzählte er, habe er ein Geschwür an der Unterlippe bekommen, die Augen waren besonders des Morgens geröthet. Er war sehr heiser und ist es jetzt noch, wenn auch in geringerem Maasse. Im Rachen war an der Hinterwand ein Belag von Schleim und Eiter zu sehen, nach dessen Entfernung ein deutlich ausgeprägtes Geschwür erschien. An der linken Hälfte der Unterlippe war ein Substanzverlust festzustellen, welcher offenbar eine Plaque muqueuse darstellte. Leider sind die Erscheinungen im Auge jetzt viel weniger ausgeprägt als damals. Am rechten Auge war nach aussen und unten von der Hornhaut, etwa sechs mm von ihr entfernt, ein mit grauem Belag bedeckter linsengrosser Fleck in einem hyperämischen Areal zu sehen. Der äussere untere Quadrant der Augapfelbindehaut, innerhalb dessen das Geschwür

gelegen ist, zeigte eine gleichmässig dunkelrothe Farbe mit scharfen Trennungslinien, einerseits nach oben, andererseits nach innen, von der übrigen, normal weiss erscheinenden Augapfelbindehaut. Bei der Vorstellung ist die Schärfe der Trennungslinien nicht mehr vorhanden und die Stelle des in Heilung begriffenen Geschwürs nur mehr an seiner Erhabenheit über die Umgebung zu erkennen.

Am linken Auge waren dicht an der temporalen Hornhautgrenze zwei kleinere, ebenfalls mit grauem Belag versehene Geschwüre der Bulbärbindehaut mit hyperämischer Umgebung zu beobachten. Die Abgrenzung des gerötheten Theils der Bindehaut vom normalen war hier nicht so scharf wie auf dem rechten Auge. Die beiden Geschwüre des linken Auges sind zur Zeit der Vorstellung noch deutlich zu erkennen.

Beide Unterschenkel zeigen zahlreiche Narben, darunter eine Anzahl deutlich nierenförmig.

Es wurde unverweilt Jodquecksilber innerlich dargereicht, worauf sich sämmtliche Symptome prompt besserten. Dieser Umstand sichert wohl die Diagnose Lues und lässt den Mangel eines anamnestisch festgestellten Initialsgeschwürs als kaum berücksichtigenswerth erscheinen.

2. *Discussion über Abdominal-Typhus.*

1. Dr. Richard Stein: *Zur Hygiene. — Zur Diagnose des Typhus.* (Liest.)

2. Dr. E. Libman: *Die Widal'sche Probe.* (Liest.)

Präsident Dr. Geo W. Jacoby: Wir können heute nicht mehr in die Discussion eintreten, werden aber, wenn möglich, die ganze nächste Sitzung für die Discussion verwenden, und ich bitte die Herren, sich pünktlich und zahlreich zu derselben einzufinden.

Ehe wir zu dem nächten Punkt der Tagesordnung schreiten, ist es meine traurige Pflicht, Ihnen die Mittheilung zu machen, dass wir eines unserer Mitglieder, Herrn Dr. Ernst Schottky, der dieser Gesellschaft seit dem 2. December 1895 angehörte und vielen von uns durch anderweitige Beziehungen sehr nahe stand, durch den Tod verloren haben. Er ist plötzlich am 16. October an einer Apoplexie gestorben. Ferner ist ein anderes Mitglied, Herr Dr. Sanders, ebenfalls verschieden, und ich möchte die Herren bitten, sich zu Ehren dieser verstorbenen Mitglieder von Ihren Sitzen zu erheben. (Geschieht.)

Dr. J. W. Gleitsmann schlägt ein Amendement zu Paragraph 4 der Nebengesetze vor und wird dasselbe statutengemäss an den Verwaltungsrath verwiesen.

Hierauf erfolgt Schluss und Vertagung.

Dr. J. A. Beuermann, prot. Secretär.

Jahresbericht

des Vereins Deutscher Aerzte in San Francisco, Cal.

Zum Beginn des neuen Geschäftsjahres erlaubt sich der Vorstand, einen kurzen Bericht über das vergangene Jahr zu unterbreiten.

Die Mitgliederzahl war Anfang des Jahres 1901 42. Leider haben wir ein Mitglied durch den Tod verloren. Unser langjähriger Schatzmeister und Mitbegründer des Vereins, Herr A. Aronstein, wurde uns entrissen. Neu aufgenommen wurden die Herren Roese, Salomon und Nagel, so dass wir mit 44 Mitgliedern das neue Jahr beginnen.

Es wurden neun Sitzungen abgehalten und in diesen elf wissenschaftliche Vorträge gehalten und siebzehn Kranke vorgestellt; diese Vorgänge werden regelmässig in der New Yorker Medicinischen Monatsschrift veröffentlicht.

Der Verein hält jetzt 40 wissenschaftliche Zeitschriften und ist die Vereinsbibliothek im Hause des Herrn Dr. Cohn, 1404 Sutter Strasse, untergebracht. Die Bibliothek des verstorbenen Herrn Aronstein ging uns als Geschenk zu.

Besonders ist noch zu melden, dass wir in der Octobersitzung die Ehre hatten, Herrn Geheimrath Czerny als Gast begrüssen zu können; des weiteren ehrte sich der Verein durch die Veranstaltung einer würdigen Feier gelegentlich Virchow's 80. Geburtstages.

Der Finanzbericht des Vereins am 1. December 1901 erwies einen Kassenbestand von $710.

Die gesetzmässige Incorporation des Vereins ist nunmehr auch erfolgt unter dem Namen: „Verein Deutscher Aerzte in San Francisco".

Für das Jahr 1902 sind folgende Beamte erwählt worden: Präsident: E. Steltzner; Vice-Präsident: D. W. Montgomery; Secretär: A. S. Rosenthal; Schatzmeister und Bibliothecar: R. Cohn.

Im Auftrage,

A. J. Rosenthal, Secretär.

Therapeutische und klinische Notizen.

— *Sublamin, ein neues Desinfectionsmittel für Hände und Haut und reizloser Ersatz für Sublimat.* Die Uebelstände, die sich bei der Benützung des Sublimats zur Desinfection der Hände ergeben, sind allen Aerzten genügsam bekannt. Es galt daher, ein Desinfectionsmittel für die Haut zu finden, welches bei gleicher Desinfectionskraft wie das Sublimat doch nicht mit dessen Nachtheilen und schädigenden Einflüssen auf die Haut

behaftet ist. Nach neueren Untersuchungen nun haben sich nach dieser Richtung hin die Quecksilber-Aethylendiamin-Verbindungen als vorzügliche Desinfectionsmittel der Hände und Haut vor chirurgischen Eingriffen bewiesen. So äussern sich Kroenig und Blumberg in einer sehr eingehenden Arbeit (Vergleichende Untersuchungen über den Werth der mechanischen und Ahlfeld'schen Alcoholdesinfection gegenüber der Desinfection mit Quecksilberverbindungen, speciell dem Quecksilberaethylendiamin, Münch. med. W. 1900, No. 29 und 30) dahin, dass an Stelle der zur Zeit am meisten verwendeten 1 prom. wässerigen Sublimatlösung besser eine wässerige 3 prom. Quecksilbercitrataethylendiaminlösung bei der Desinfection der Hände vor Operationen verwendet wird, weil diese sich vor der Sublimatlösung auszeichnet durch das Fehlen jeder Reizwirkung auf der Hautoberfläche, durch das Ausbleiben einer Eiweiss- und Blutfällung und schliesslich durch die, wenigstens bei todtem thierischen Gewebe nachgewiesene, intensivere Tiefenwirkung. In ähnlicher Weise sprechen sich Schenk und Zaufal (Weitere Beiträge zur Bacteriologie der mechanisch-chemischen Desinfection der Hände, Münch. med. W. 1900, No. 45) aus und empfehlen das Aethylendiamin-Quecksilbercitrat in einer Lösung von 1:1000.

Wenn sich nun auch das Quecksilbercitrat-Aethylendiamin als ein vorzügliches Händedesinfectionsmittel erwiesen hatte, haftete ihm doch bezüglich der Handlichkeit des Präparates in der Praxis ein Nachtheil an; dasselbe ist eine Flüssigkeit und es liess sich nicht in Tablettenform herstellen. Durch zahlreiche Versuche gelang es dann der Schering'schen Fabrik, durch die Verbindung des Quecksilbersulfats mit Aethylendiamin ein festes Präparat herzustellen, welches sich sofort bis zu den höchsten Concentrationen im Wasser löst, und sich unter dem Namen Sublamin im Handel befindet. Auch mit diesem Präparate hat Blumberg eingehende Versuche und besonders auch im Vergleiche mit der Sublimatwirkung angestellt (Experimentelle Untersuchungen über Quecksilbersulfat-Aethylendiamin in fester Form als Desinfectionsmittel für Hände und Haut, Arch. f. klin. Chir., 64. Bd., Heft 3) und kommt auf Grund der Ergebnisse derselben zu folgenden Schlüssen:

Das Quecksilbersulfat-Aethylendiamin ist ein Desinfectionsmittel, welches folgende Eigenschaften hat:

1) Es steht dem besten der bekannten Desinfectionsmittel, dem Sublimat an Desinfectionskraft nicht nach;

2) es hat vor dem Sublimat den Vorzug voraus, dass es selbst in höchsten Concentrationen die Haut nicht reizt;

3) es gewährt in Folge seiner Reizlosigkeit die Möglichkeit, in Fällen, wo unsere Hände mit einem hochvirulenten Infectionsstoff in Berührung gekommen sind, durch beliebig hohe Steigerung der Concentration der Lösung eine noch grössere Desinfectionswirkung zu erzielen als mit Sublimat;

4) es übt voraussichtlich eine viel grössere Tiefenwirkung aus als Sublimat;

5) das Präparat ist ein Salz, das sich momentan selbst in hohen Con-

centrationen im Wasser löst, während Sublimat bezw. Sublimatpastillen einer bedeutend längeren Zeit zu ihrer Lösung bedürfen, ein Moment, welches bei der Anwendung des Desinfectionsmittels in der Privatpraxis von grosser Annehmlichkeit ist;

6) das Quecksilbersulfat-Aethylendiamin wird sich nach den bisherigen Erfahrungen wahrscheinlich auch in Pastillenform herstellen lassen.

Das letztere Postulat ist inzwischen von der Schering'schen Fabrik bereits erfüllt worden, indem dieselbe das Sublamin in rothgefärbten Pastillen à 1 g in Cartons a 5 Glasröhrchen zu je 20 Stück verpackt in den Handel bringt. Das Sublamin ist im Allgemeinen in folgender Weise zur Desinfection der Hände zu gebrauchen: Die Hände werden zunächst mit lauwarmem Wasser und Seife (am besten Schmierseife oder Sänger'sche Sandseife) unter Anwendung einer Bürste 8—10 Minuten lang gewaschen und dann — nach Abspülung der auf den Händen etwa noch anhaftenden Seife mit Wasser — 5 Minuten lang mit einer möglichst warmen 3 promilligen Sublaminlösung ebenfalls unter Anwendung einer Bürste behandelt. Von einer Behandlung der Hönde mit Alcohol kann vollkommen abgesehen werden.

Hinsichtlich der Giftigkeit steht das Sublamin mit dem Sublimat auf einer Stufe.

— Ueber günstige Erfolge mit *Unguentum* Credé berichtet neuerdings auch H. Goldmann (Centralbl. für die ges. Therap. 1901, Heft 10). Er schildert zwei Fälle ausführlicher und zwar einen Fall von Septicaemie und einen solchen von puerperaler Sepsis. Beide Fälle wurden nach der festen Ueberzeugung von G. nur durch die Anwendung der Credé'schen Salbe gerettet; in dem ersten Falle kamen 32 g, im 24 g der Salbe in toto zur Anwendung. Ausserdem versuchte G. die Anwendung von Unguentum Credé bei Verletzungen und Panaritien, indem er dieselbe direct auf den kranken Körpertheil applicirte und einen impermeablen Verband anlegte, der 4—5 Tage verblieb. Der Erfolg soll stets ein günstiger gewesen sein. Die Wirkung des dem Körper durch die Einreibung mit Unguentum Credé eingeführten Silbers haben wir uns nach G. wohl derart vorzustellen, dass das Silber, in die Gewebssäfte aufgenommen, im Körper seine bactericide Wirkung entfaltet, den Organismus desinficirt und die Stoffwechselproducte der Staphlo- und Streptococcen — die Toxine — in ihrer verheerenden Wirkung auf den Organismus hindert.

— *Zur Prophylaxe des Typhus.* L. Lévi und A. Lemierre besprechen im Anschluss an einen Fall von Typhuscystitis die Prophylaxe des Typhus; bei dem 24jährigen Manne war die Blasencomplication 19 Tage nach der sonst gutartig verlaufenden Typhuserkrankung aufgetreten und mehr wie drei Monate später enthielt der Urin noch weisse Blutkörperchen und Typhusbacillen in Reincultur. Unter dem Einflusse von 12 g Urotropin, in 6 Tagen genommen, verschwanden Pyurie und die Bacillen aus dem Urin. Die Fälle von Typhuscystitis sind in Frankreich ausserordentlich selten (2 Fälle von Vincent); diese Entzündung der Blase verläuft zuweilen rasch, manchmal sehr langsam und kann sich auf meh-

rere Monate und Jahre ausdehnen. Der Harn kann noch lange nach Aufhören der Entzündung Typhusbacillen enthalten; es ist daher in prophylactischer Beziehung sehr wichtig, den Urin aller Typhuspatienten zu überwachen und sich gegen diese so zu verhalten, als ob ihr Urin stets Typhusbacillen enthielte. Das Urotropin hat ebenso, wie in den Händen anderer Autoren (Richardson, Horton-Smith, Neufeld), auch im vorliegenden Falle guten Erfolg erzielt. Derselbe liefert einen weiteren Beweis, wie nothwendig die „Harnprophylaxe" des Typhus ist. (Soc. médicale des hôpitaux, Paris, Sitzung vom 6. Dec. 1901, ref. Münch. med. W. 1902, No. 2.)

— Ueber *Nebenwirkungen des Orthoforms* berichtet G. Graul. Der von ihm beobachtete Fall ist insofern bemerkenswerth, als es sich dabei um eine unglaublich geringe Menge handelt. Er betrifft eine Frau, die nach Anwendung heisser Cataplasmen eine noch nicht pfenniggrosse Brandwunde bekommen und diese mit einer 10procentigen Orthoform-Vaselinsalbe bedeckt hatte. Schon nach 12 Stunden war die umgebende Haut geröthet, ödematös und juckend; trotzdem wurde der Orthoformverband erneuert. Nach weiteren 12 Stunden starke Röthung und Infiltration der Haut, heftiges Jucken, disseminirte kleine Knötchen; trotzdem Orthoform nun fortgelassen wurde, dehnte sich das Eczem über den ganzen Körper aus; dabei kein Fieber, Urin normal. Unter Napthalanbehandlung bildete sich das Eczem in wenigen Tagen zurück. (Deutsche med. W. 1901, No. 24, ref. Centralbl. für d. med. Wissenschaft 1902, No. 3.)

— Ueber die *Behandlung der gonorrhoischen Gelenkentzündung.* Die gänzliche Unwirksamkeit des salicylsauren Natrium gegenüber dem Tripperrheumatismus wird heutzutage beinahe wie ein Axiom behauptet. Und doch ist nach Bockhart (Wiesbaden) das salicylsaure Natrium bei der gonorrhoischen Gelenkentzündung durchaus nicht wirkungslos; man kann hier mit diesem Heilmittel sogar sehr gute Erfolge erzielen, wenn man es in geeigneter Weise anwendet. Einen so prompten und eclatanten Erfolg wie bei der Polyarthritis rheumatica darf man freilich nicht erwarten. Wenn man einem Kranken mit frischer gonorrhoischer Gelenkentzündung salicylsaures Natrium giebt, etwa 6—10 g im Tag, so wird man finden, dass nach 24 oder 48 Stunden die Schmerzen und die Schwellungen im oder am Gelenk geringer geworden sind. Fährt man nun — wie dies gewöhnlich geschieht — mit der Darreichung des salicylsauren Natriums fort, dann wird man in der Regel vom dritten Tag an keine weitere Besserung im Zustande des Kranken beobachten können, oder man wird sogar finden, dass am vierten, fünften oder sechsten Tage eine geringe Verschlimmerung eintritt. Ganz anders verhält sich jedoch die Sache, wenn man das salicylsaure Natrium nicht ununterbrochen, sondern in Zwischenräumen giebt. B. hat durch die folgende Art der Anwendung dieses Heilmittels sehr gute Erfolge erzielt: Der Kranke bekommt am ersten Tage 8—10 g salicylsaures Natrium (1 g pro dosi, in Oblaten oder in Pfefferminzwasser gelöst); am zweiten Tage 6 g. Gleichzeitig auf die kranken Gelenke Ichthyolsalbe oder Ichthyolvasogen und darüber einen warmen Verband mit Watte und Flanellbinde. Der Kranke

wird nun mehr oder minder stark schwitzen und sich am Ende des zweiten Tages erheblich besser fühlen. Die Schmerzen, die Gelenksschwellungen und das Fieber werden geringer geworden sein. Am dritten und vierten Tage erhält er kein salicylsaures Natrium, sondern nur local Ichthyol und Watteverband. Während dieser Zeit wird keine weitere Besserung seines Zustandes eintreten. Am fünften und sechsten Tage bekommt er wieder salicylsaures Natrium, je 6 g pro die. Hierauf wird die Darreichung des Mittels drei Tage lang ausgesetzt. Dann erhält der Patient wieder zwei Tage lang je 4—6 g salicylsaures Natrium in Dosen zu je 5 g. Auf diese letztere Art wird fortgefahren bis zur Heilung oder wenigstens bis zum Verschwinden der Schmerzen in den kranken Gelenken. Die Ichthyolwatteverbände werden mit Priessnitz'schen Verbänden oder mit heissen Breiumschlägen vertauscht, wenn die kranken Gelenken nicht mehr heftig schmerzen. Sobald der Patient die kranken Gelenke ohne erhebliche Schmerzen bewegen kann, bekommt er warme Bäder von 26—28° R. Sind die Gelenkschmerzen ganz geschwunden, ist aber noch Gelenkschwellung zurückgeblieben, dann kann Massage mit Vorsicht angewandt werden. Gänzlich unwirksam erwies sich das salicylsaure Natrium in allen Fällen von alter gonorrhoischer Gelenkentzündung, namentlich bei allen Kranken mit steif gewordenen Gelenken. (Monatsh. für prakt. Dermat., Bd. XXXIII, No. 11.)

— Behandlung von *Lumbago und Muskelrheumatismus.* Rp.: Menthol. 1,5, Acid. salicyl. 4,0, Chloral. hydrat. Camphor. aa 3,0, Pulv. Capsici v7,5, Ol. Crotonis gtts. No. V, Petrol. q. s. ad 60,0. Die schmerzende Stelle mit einer kleinen Menge des Liniments tüchtig einreiben. (Corresp.-Bl. für Schweizer Aerzte 1902, No. 2.)

— *Neuere Behandlungsmethoden inficirter Wunden mit besonderer Berücksichtigung des Glutols.* Unter diesem Titel giebt H. Mohr (Bielefeld) eine kritisch zusammenfassende Abhandlung zahlreicher neuerer Behandlungsmethoden durch Antiseptica und sonstige Eingriffe. Das ideale Antisepticum muss eine Wachsthumshemmung der Keime ohne Schädigung der Körperzellen hervorrufen; diese Bedingungen erfüllt weder das Sublimat noch die reine Carbolsäure wegen ihrer mangelhaften Dauerwirkung. Auch Airol, Jodoform, Itrol bewirken keine Keimfreiheit, sondern nur eine länger dauernde Entwicklungshemmung der Microben. Bei bereits gangraenösen Wunden hat sich Wasserstoffsuperoxyd in 3procentiger Lösung bewährt, welches zugleich desodorisirend wirkt. Gut wirkt das Glutol von Schleich, es verschorft das zwischen den vernähten Rändern der per primam zu verheilenden Wunde aussickernde Blutplasma schnell zu einer festen Borke und erzielt eine allen Mitteln überlegene, die Zellthätigkeit nicht schädigende, reizlos antiseptische Dauerwirkung. Bei frischen Wunden wird das Glutol aufgestreut, bei inficirten häufiger. Die so behandelten Wunden zeigen frisch rothe, kräftige Granulationen. Ferner geht Verf. auf die physicalisch-mechanische Behandlung ein (Entfernung der Lymphdrüsen, blutige Anfrischung des inficirten Wundgebietes, feuchtwarme 2procentige Sodaumschläge, Drainage, Tamponade) und verweilt längere Zeit bei der künstlichen Sero-

therapie mit physiologischen Kochsalzlösungen und Antistreptococcenserum. Zum Schluss erwähnt er die durch Credé eingeführten Silberpräparate. Die Wirksamkeit der Credé'schen Salbe scheint nicht nur eine energisch local antiseptische zu sein, sondern auch in den befallenen Lymphbahnen zur Geltung zu kommen. (Med. Woch. 1901, No. 23 und 24, ref. Monatsh. f. prakt. Dermatol., Bd. XXXIII, No. 12.)

— *Das Aspirin als analgetisches, antifebriles Mittel.* Während es jetzt wohl über allen Zweifel erhaben ist, dass das Aspirin ein vortreffliches Ersatzmittel des Natr. salicyl. und besonders wirksam gegen acuten Gelenkrheumatismus, aber auch gegen chronischen Rheumatismus ist, hebt Capitan auch die rein schmerzstillende und antifebrile Wirkung des Mittels in einer Reihe von Krankheitszuständen hervor (Médicine moderne 1901, No. 37). Weil unterdrückt die Schmerzen bei Uterus- und Mastdarmkrebs mit der Dosis von nur 1 g, Goldberg hat mit Vortheil das Mittel in einer Anzahl von Neuralgie- und Migränefällen, Grawitz bei Influenza mit neuralgischen Schmerzen angewandt, mit der Dosis von 1—2 g konnte Lehmann Neuralgien und Ischias heilen, selbst die Schmerzen der Tabetiker wurden unterdrückt. Die antifebrile Wirkung des Aspirins wurde von Serrate bei gastrischem Fieber und gutartigem Typhus (1 g alle 6 Stunden), von Renon und Lison, von Combemale beim Fieber der Phthisiker erprobt; in allen Fällen trat sehr reichliche Schweissabsonderung ohne das geringste Zeichen von Collaps oder von Intoleranz ein. Das Aspirin bedeutet, wie Capitan hervorhebt, einen grossen Fortschritt in der Salicyltherapie, es hat alle therapeutischen Eigenschaften der Salicylsäure im höchsten Maasse ohne deren zahlreiche Nebenwirkungen; es ist ein Medicament ersten Ranges mit einer Reihe von klinischen Indicationen und man erzielt die bemerkenswerthesten Resultate selbst mit schwachen Dosen und ohne die geringste Nebenwirkung; es sei also ein ideales Heilmittel. (Münchener med. Wochenschr. 1901, No. 43.)

— *Zur Therapie des Carbunkels.* Es giebt viele Patienten, die sich nicht schneiden lassen wollen, und manche Aerzte, die nicht gerne schneiden. Diesen empfiehlt Ströll (München) nachstehende, von ihm erprobte Behandlung. Man legt auf den noch geschlossenen Carbunkel folgende Salbe:

Rp. Acid. salicyl. 2,0
Extract. arnic. flor. 10,0
Mellis crud. 20,0
Farin. tritic. q. s. ut f. ungt. molle.
DS. Aeusserlich.

Diese Salbe, welche die umfangreiche Entzündung in ein paar Tagen auf eine ziemlich kleine Stelle einschränkt und zugleich die Erweichung beschleunigt, wird messerrückendick auf Borlint gestrichen und breit aufgelegt, worüber dann fingerdick Bruns'sche Watte auf Guttaperchapapier kommt. Die Salbe wird alle 24 Stunden frisch auf neuen Borlint gestrichen und mit diesem Verband fortgefahren, bis der Carbunkel an einer, oder in der Regel, an mehreren Stellen (siebförmig) aufbricht.

Nun wird täglich nach jedesmaligem, möglichst ergiebigem Ausdrücken des Carbunkels und nach Reinigen mit 3 proc. Carbolwasser auf die offenen Stellen ein kleines Stück Borlint, mit 3 proc. Carbolwasser durchtränkt, aufgelegt, worüber dann noch immer breit die Salbe mit gehörig Watte und Guttaperchapapier kommt. Die Salbe wird erst entbehrlich, wenn der eitrige Zellgewebspfropf offen zu Tage liegt, worauf dann nur noch täglich mit Borlint, in Carbolwasser getaucht, Bruns'scher Watte und Guttaperchapapier verbunden wird. Hat sich dann der Eiterpfropf abgestossen, so wird nunmehr trocken verbunden, indem in die reine Höhlung Jodoformgaze kommt und darüber noch Watte. Sind endlich die Granulationen bis zum Niveau der Haut heraufgewachsen, so legt man täglich 10 Proc. Xeroform-Lanolin mit 5 Proc. Glycerin, auf gewöhnlichen Lint gestrichen, über die Wunde, wodurch bald eine glatte und weiche Vernarbung erzielt wird. (Münchener med. Wochenschr. 1901, No. 45.)

Kleine Mittheilungen.

— *Deutsche Medicinische Gesellschaft der Stadt Cleveland, O.* In der Jahresversammlung dieser Gesellschaft wurden folgende neue Beamte für das Jahr 1902 erwählt: Präsident: Dr. W. Conrad; Vice-Präsident, Dr. S. Riegelhapt; Secretär: Dr. E. Rosenberg; Schatzmeister: Dr. I. Propper. Ein kurzer Ueberblick über die Thätigkeit im abgelaufenen Jahre, wie aus dem Jahresbericht ersichtlich ist, ergiebt eine Mitgliederzahl von 35; ein reges wissenschaftliches Interesse, 11 Originalarbeiten, 19 Krankendemonstrationen; Besprechung wichtiger Fragen theils allgemeiner, theils localärztlicher Natur; Trauerbeschluss anlässlich des Ablebens von Max v. Pettenkoffer; endlich einen bescheidenen Beitrag von 20 Dollars zum Virchow-Fond. Im Allgemeinen tritt die Gesellschaft gestärkt in das vierte Vereinsjahr und kann mit Genugthuung auf das abgelaufene Jahr zurückblicken.

— *Schliessung der Northwestern University Woman's Medical School in Chicago.* Die Verwaltungsbehörden dieses Institutes haben beschlossen, dasselbe nach 32jährigem Bestande zu schliessen und zwar aus financiellen Gründen, da nach Angabe eines Mitgliedes des Verwaltungsrathes jährlich mit einem Deficit von $25,000 gearbeitet wurde. Hierzu schreibt die New Yorker Staatszeitung in ihrem Abendblatt vom 3. Januar unter der Ueberschrift „Der weibliche Arzt—ein Fehlschlag" Folgendes: „Einen sehr schweren Schlag hat die Bewegung für Erweiterung der gelehrten Frauenberufe nicht nur in den Ver. Staaten, sondern überall in der Welt durch die heute Morgen aus Chicago gemeldete Schliessung des Woman's Medical College der Northwestern University daselbst erfahren. In dem betreffenden Erlass wird eine ausserordentlich deutliche Sprache geführt: „Wir haben die ärztliche Schule für Frauen mit einem pekuniären Verlust von $25,000 im Jahr geführt, sind

jetzt aber zu der Ueberzeugung gelangt, dass dies Opfer weggeworfenes Geld ist.“ Zur Begründung dieser Ansicht setzt einer der Trustees noch hinzu, dass Frauen im chemischen Laboratorium so wenig wie im Secirsaal den Aufgaben gewachsen wären, die Studirenden der Medicin gestellt werden müssten. Das ist in der That ein vernichtendes Urtheil über das ärztliche Frauenstudium, das darum nicht erschüttert wird, dass zahlreiche Ausnahmen von der Regel nicht allein möglich sind, sondern unzweifelhaft auch vorkommen. An der Northwestern University hat man zweiunddreissig Jahre lang mit dem weiblichen Studium der Medicin experimentirt, so dass nicht gesagt werden könnte, die Fakultät habe der Frage unsympathisch gegenübergestanden. Zuerst versuchte man es mit der gemeinschaftlichen Ausbildung beider Geschlechter; als aber vor jetzt fünfzehn Jahren die damals graduirende Klasse — Männer und Frauen — in einer Eingabe an die Universitätsbehörde den Grundsatz der gemeinschaftlichen Erziehung unter Anführung von Gründen für einen Fehlschlag erklärte, entschloss man sich an maassgeblicher Stelle zur Gründung einer besonderen Anstalt für Frauen, die Medicin studiren wollten. Diese Schule soll nun demnächst geschlossen und das ganze Inventar öffentlich verkauft werden. „Nach weiblichen Aerten ist keine Nachfrage, die Frau als Doktor der Medicin hat den Erwartungen, die darauf gesetzt wurden, in der Praxis nach keiner Seite hin entsprochen“, so sagen die Professoren der Northwestern University, und es ist nicht zu bezweifeln, dass sie damit nur aussprechen, was das Publikum längst gedacht hat. Sogar in der Frauen- und Kinderpraxis hat der weibliche Arzt den männlichen Berufsgenossen nicht die Conkurrenz gemacht, die allgemein für unausbleiblich galt, als das ärztliche Studium der Frauen grössere Dimensionen anzunehmen begonnen hatte. Es zeigte sich nämlich bald, dass in vielen Fällen die körperlichen Kräfte der Damen nicht ausreichten, um einen Mann am Krankenbette zu ersetzen, und in anderen Fällen stellten die weiblichen Aerzte ihres Geschlechtes wegen Anforderungen, die mit der Ausübung eines Berufes einfach unvereinbar sind. Obgleich inzwischen nun mehrere Dezennien vorübergegangen sind, in denen das Publikum sich an die Neuerung sehr wohl hätte gewöhnen können, wenn es gewollt hätte, ist an diesen Verhältnissen zu Ungunsten der Frau wenig oder nichts verändert worden. Nun wird die Thatsache, dass den Frauen die Northwestern University geschlossen sein wird, dem weiblichen Aerztstudium überhaupt natürlich kein Ende bereiten, vielmehr ist an Anstalten, wo weibliche Personen den medicinischen Doktorgrad erwerben können, kein Mangel, allein es darf doch angenommen werden, dass das westliche Beispiel früher oder später ansteckend wirken mag. Die Frau hat Gelegenheit gehabt, zu beweisen, dass sie für das medicinische Studium, vielmehr für Ausübung des ärztlichen Berufs ebenso geeignet sei wie der Mann; sie ist der Welt diesen Beweis bisher schuldig geblieben.“

— Das *American Gynecological and Obstetrical Journal* hat mit der December-Ausgabe aufgehört zu erscheinen. Der Herausgeber desselben war Dr. John Duncan Emmet von New York. Wie er in seinen Abschiedsworten an seine Leser mittheilt, haben in den verflossenen 10

Jahren über 5000 Aerzte, die auf das Journal abonnirt hatten, niemals den schuldigen Abonnementsbeitrag bezahlt, wodurch dasselbe einen Verlust von mehr als $30,000 erlitt und aus financiellen Gründen sein Erscheinen einstellen musste.

— *Preisschrift betreffend die Errichtung eines Sanatoriums für Tuberculose in England.* König Edward von England hat bestimmt, dass eine grosse Summe, welche für wohlthätige Zwecke zu seiner Verfügung gestellt worden ist, der Errichtung eines Sanatoriums für tuberculöse Kranke gewidmet werden soll. Folgende Herren wurden zu Mitgliedern eines Comités für diesen Zweck berufen: Sir William Broadbent, Baronet, K. C. V. O.; Sir Richard Douglas Powell, Baronet, K. C. V. O.; Sir Francis Laking, K. C. V. O.; Sir Felix Semon, Sir Hermann Weber, Dr. C. Theodore Williams. Es wird beabsichtigt, das Sanatorium auf Grundlage gewonnener practischer Erfahrungen und neuer Gedanken zu erbauen, und Seine Majestät, beseelt von der Absicht, die werthvollsten Ansichten zu erhalten, hat genehmigt, dass eine Summe von Mk. 16,000 auf Preise für die besten Aufsätze und Pläne verwendet werden soll, welche dem berathenden Comité unter folgenden Bedingungen einzusenden sind:

1. Aerzte aller Nationen können sich an der Bewerbung betheiligen. Die Arbeiten dürfen entweder das Werk eines Arztes allein oder das Ergebniss des Zusammenwirkens eines Arztes und eines Architecten sein.

2. Das Sanatorium ist für 100 tuberculöse Kranke bestimmt, 50 männliche und 50 weibliche.

3. Von der Gesammtzahl der Betten sind 88 für die bedürftigeren Stände bestimmt, während 12 für wohlhabende Leidende reservirt werden sollen.

4. Die Einrichtungen sollen für alle Kranke comfortabel sein und jeder Patient soll sein eigenes Zimmer haben. Die Zimmer für die wohlhabenderen Patienten sollen grösseren Ansprüchen genügen.

5. Es darf vorausgesetzt werden, dass das Sanatorium auf einem ziemlich hochgelegenen Abhang, der Sonne frei zugänglich und vor kalten Winden geschützt, errichtet werden wird. Es wird eigene Milchwirthschaft in der Nähe haben und von waldigen Parkanlagen umgeben sein, welche reichliche Gelegenheit für körperliche Bewegung verschiedener Art bieten werden. Der Boden wird trocken und leicht durchgängig und die Wasserversorgung eine reichliche sein.

6. Das Sanatorium soll mit den neuesten hygienischen Einrichtungen und mit allen Vorrichtungen für wissenschaftliche Forschungen ausgestattet werden. Es sind auch für die Erholung der Patienten Vorrichtungen zu treffen.

7. Sparsamkeit bei der Anlage ist eine wichtige Bedingung, doch darf dieselbe nicht so weit gehen, dass sie den Comfort der Patienten und die Leistungsfähigkeit der Anstalt beeinträchtigt.

8. Die Aufsätze müssen in englischer Sprache verfasst und mit der Schreibmaschine geschrieben sein.

9. Die Aufsätze dürfen nicht den oder die Namen ihrer Verfasser tragen, sondern ein Motto, und jeder Aufsatz muss von einem versiegelten Briefumschlag begleitet sein, welcher aussen das entsprechende Motto und innen den oder die vollen Namen und Adressen der Verfasser trägt.

10. Alle Aufsätze und Pläne müssen postfrei am 15. April 1902 oder vorher an einen der Secretäre des Comités: Dr. P. Horton-Smith, 15 Upper Brook Street, W. London oder Dr. John Broadbent, 35 Seymour Street, W. London gesandt werden.

11. Drei Geldpreise von $2500 (Pfund 500), $1000 (Pfund 200) und $500 (Pfund 100) werden nach dem Grade des Verdienstes auf die Empfehlung des berathenden Comités den drei besten Arbeiten zuerkannt werden, vorausgesetzt, dass dieselben den nöthigen Grad von Vorzüglichkeit erreichen. Die Arbeiten sollten möglichst kurz sein und die Hauptpunkte der zu machenden Vorschläge sollten zum Schlusse der Arbeit kurz zusammengestellt werden. Die nicht preisgekrönten Arbeiten werden ihren Verfassern zurückgestellt werden.

— *Verfälschung von Arzneimitteln.* Wie die Elberfelder Farbenfabriken mittheilen, haben sich in letzterer Zeit leider wieder die Fälle gemehrt, in denen gewissenlose Apotheker Arzneimittel verfälschten oder an Stelle der vom Arzte verschriebenen billigere und minderwerthige Stoffe verabreichten. So konnte mit Sicherheit nachgewiesen werden, dass an Stelle von Phenacetin, Trional und Sulfonal Acetanilid verkauft wurde; in anderen Fällen wurde bis zu 50 Procent Acetanilid zu Phenacetin, Trional oder Sulfonal beigemischt und diese Gemenge wurden dann als reines Phenacetin, Trional oder Sulfonal verabreicht. Eine Mischung von Aetznatron und organischen, in Aether unlöslichen Stoffen wird als Aristol verkauft. Es gelang ferner den Elberfelder Farbwerken, einer Fälschergesellschaft habhaft zu werden, die den Vertrieb gefälschter Arzneimittel geschäftsmässig besorgte und von denen, wie die beschlagnahmten Geschäftsbücher ersehen liessen, Tausende von Apothekern aus allen Theilen der Vereinigten Staaten die gefälschten Artikel bezogen. Dass durch einen solchen gemeinen Betrug Patienten wie Aerzte in gleicher Weise geschädigt werden, bdarf keiner Erwähnung, und kann in dieser Beziehung nur dadurch Besserung geschaffen werden, dass die Aerzte in ganz energischer Weise gegen diese gewissenlosen Betrüger Front machen und ihre Patienten anweisen, ihre Recepte nur bei solchen Apothekern anfertigen zu lassen, die sich keine solche betrügerische Handlungsweise zu Schulden kommen lassen, und diese Apotheker bilden glücklicherweise die Mehrzahl. Im Uebrigen können die Aerzte den Elbenfelder Farbenfabriken nur Dank wissen, dass sie mit allen ihnen zu Gebote stehenden Mitteln gegen die Betrüger vorgehen.

— *Tetanus in Folge von Diphtherieheilserum-Injectionen.* Das Auftreten von Tetanus im Anschluss an Antitoxineinspritzungen in St. Louis im verflossenen Herbst ist wohl allen unseren Lesern bekannt geworden. Von Interesse dürfte es daher sein, zu erfahren, dass im December 1900 in Oberitalien das gleiche Vorkommniss sich ereignete. Siegert berichtet hierüber in der Münchener med. Wochenschrift (1901, No. 4) u. a.

Folgendes: In der letzten Woche des Decembers 1900 wurden in Valdobbiadene 8 Fälle von Diphtherie mit grossen Dosen injicirt und schienen rasch in Heilung überzugehen, als plötzlich, am 6.—9. Tage nach der Injection, bei allen die Erscheinungen des Tetanus auftraten. Nur in einem Falle endete der Tetanus mit Genesung, alle anderen starben in wenigen Tagen. Mitten in die ersten Tage der Aufregung der ganzen Bevölkerung der Provinz Treviso fiel die Nachricht, dass auch in Chindano, Provinz Bergamo, 4 wegen Diphtherie injicirte Kranke von Tetanus befallen wurden. Gleichzeitig wurden in Prato Sesia, Provinz Novarra, 5 Fälle injicirt und auch in diesen Fällen stellte sich Tetanus ein. Auch ein in Mailand am 6. Januar eingespritzter Knabe ist am 16. dem Tetanus erlegen. Die Erklärung für diese Tetanusfälle war folgende: Alle erkrankten nach Injectionen eines Serums, das in 305 Fläschchen am 29. November 1900 an verschiedene Apotheken abgegeben wurde. Das Serum war am 15. IX. 1900 dem Pferd entnommen, am 13. XI. auf seine Wirksamkeit und Keimfreiheit microscopisch, culturell und thierexperimentell geprüft und als gut befunden, am 22. XI. abgefüllt und am 29. XI. dem Handel übergeben worden. Bizzozero, Belfanti und Zenoni in Mailand erklärten einstimmig, die gleichwohl vorliegende Inficirung mit Tetanusbacillen nicht verstehen zu können.

Belfanti, Director des Institutes, und sein Assistent Zenoni wurden wegen fahrlässiger Tödtung in Anklagezustand versetzt und kam die Anklage vor Kurzem vor dem Gerichte in Mailand zur Verhandlung. Die Verhandlung ergab über den Infectionsmodus nichts, auch die Sachverständigen vermochten denselben nicht zu erklären, waren aber einig in dem Lob Belfanti's als eines hervorragenden Gelehrten, dessen Anstalt ein Muster wissenschaftlicher Exactheit sei. Hierauf zog der Staatsanwalt die Anklage zurück, da die Sache in ihrer Entstehung völlig dunkel und ein Verhängniss sei; die Angeklagten seien in keiner Weise für die beklagenswerthen Ereignisse verantwortlich zu machen. Der Gerichtshof erkannte hierauf auf nichtschuldig.

— *Verzogen*: Dr. E. Gruening nach 36 Ost 57. Strasse.

New Yorker

Medicinische Monatsschrift.

Officielles Organ der

Deutschen Medicinischen Gesellschaften der Städte New York, Chicago, Cleveland und San Francisco.

Redigirt von Dr. A. Ripperger.

Bd. XIV. New York, Februar 1902. No. 2.

ORIGINALARBEITEN.

Phlegmone der Orbita in ihrer Beziehung zu der Frage der sympathischen Ophthalmie.*)

Von Albert B. Hale, M.D., Chicago.

Das Kind, dessen Bild hier wiedergegeben ist, starb 17 Tage nach seiner Geburt. Die folgende Geschichte des Falles ist klar und von zuverlässigen Zeugen bestätigt. Es ist das fünfte Kind ganz gesunder Eltern und die anderen vier zeigen nicht Abnormes. Die Schwangerschaft verlief regelmässig ohne Beschwerden seitens der Mutter. Wohnungswechsel veranlasste die Frau anstatt ihres gewöhnlichen, einen neuen, sehr geschickten Accoucheur zuzuziehen. Die Geburt fing früh in der Nacht mit schwachen Wehen und Stationärbleiben des Kindes im Becken an. Gegen Morgen wurden die Wehen stärker und die Mutter wurde so ängstlich, dass der Assistent, der bis jetzt die Fortschritte des Kindes beobachtet hatte, auf Wunsch der Angehörigen um fünf Uhr Morgens nach dem Arzte selbst schickte. Da das Kind immer hoch (wie die früheren vier Kinder) im Becken lag, wollte die Mutter die Zange angelegt haben, aber bevor der Arzt ankam, wurde das Kind plötzlich geboren und die Mutter in gutem Zustand entbunden. Es muss noch hinzugefügt werden, dass die Vorbereitungen zur Geburt aseptisch ausgeführt wurden, dass während der Geburt selbst nur sehr selten vaginal untersucht wurde, und dass Niemand von den Anwesenden ansteckende Fälle in Behandlung hatte.

---

* Vortrag, gehalten in der Deutschen Medicinischen Gesellschaft von Chicago am 23. Januar 1902.

Das Kind schien normal, und verhielt sich während der ersten zwei Tage normal. Am dritten Tage bemerkte die Mutter eine kleine Röthung der Augen, besonders rechts, und die Pflegerin behauptete, dass das rechte Auge etwas vorgetrieben sei. Allmälich wurde diese scheinbare Vergrösserung bedeutender; zwei Tage nachher konnte man constatiren, dass auch das linke

Auge vorgetreten war, aber nicht in demselben Grade. Am siebenten Tage wurde der Hintergrund beider Augen untersucht, aber nichts Abnormes gefunden. Zugleich konnte nachgewiesen werden, dass die Lichtreflexe noch existirten, dieselben verschwanden aber bald, rechts früher wie links. Von nun an wurde das Aussehen des Gesichtes immer hässlicher, die Schwellung des rechten Auges war der des linken immer zwei Tage voraus, bis schliesslich der ganze Bulbus aus der Orbita herausgepresst war. Oben, an der Stirn, war eine bläuliche Geschwulst; dieselbe fluc-

tuirte nicht wie ein Abscess, fühlte sich vielmehr wie eine derbere, tumorartige Masse mit halbsolidem Inhalt an. Niemals war Eiter zu sehen, und die Bindehaut secernirte nie Eiter, am Ende der Krankheit aber war die Hornhaut gelblich, undurchsichtig, necrotisch.

Vom siebenten Tage an hatte das Kind Fieber, von 37.5 bis 39.5°. Mit den Schwellungen zeigten sich Symptome eines Gehirnreizes, namentlich Nackenstarre, welche zu Zeiten an eine Meningitis denken liess. Auch war Schmerz vorhanden, so dass manchmal das Kind nur durch Opium beruhigt werden konnte. Trotzdem nahm es Nahrung (es wurde mit der Flasche genährt) und hatte ziemlich normalen Stuhlgang. Während der ganzen Zeit sah man keinen Eiter, keine Verschwärung, obgleich die zwei Bulbi schliesslich so necrotisch aussahen, dass am Ende des Lebens weder Corneae noch Sclerae zu unterscheiden waren, und, wie aus dem Bilde zu entnehmen ist, lagen weiter nichts als zwei fetzige Massen vor den Orbitae, umgeben von einer rothen, schinkenfarbigen, unkenntlichen, aber trockenen Bindehaut.

Die letzte Woche konnte das Kind nicht mehr durch die Nase athmen, und leichtes Gesichtsoedem war zu constatiren, welches auf Behinderung des venösen Rückflusses nach dem Gehirnsinus deutete.

Ein Roentgen-Photogramm, am zehnten Tage genommen, sprach für einen Tumor innerhalb des Schädels, aber das Bild war nicht scharf oder exact genug, um diese Diagnose vollständig sicher zu machen.

Ich muss zugeben, dass ich sehr geneigt war, die Diagnose auf einen Gehirntumor, wahrscheinlich in der Nähe des Corpus pituitarium zu stellen, obgleich Verdacht auf Druck durch Flüssigkeitsansammlung hinten in der Orbita vorlag. Da die Augen resp. die Sehschärfe schon vernichtet waren, so lag kein hinreichender Grund vor, operativ einzugreifen, besonders da die Diagnose auf Gehirntumor nicht sicher war. Und als wir die Diagnose für sicher hielten, war das Aussehen des Kindes so abscheulich, dass seine Rettung (falls die Operation glücklich verlaufen) noch trauriger als der Tod gewesen wäre. Die Diagnose schwankte also zwischen Gehirntumor (Sarcom?) und einer cystischen, Druck verursachenden Geschwulst.

Die Autopsie ergab den folgenden Befund: Ein gutgenährtes, männliches Kind, 17 Tage alt; 59 cm lang; keine Leichen-

starre. Bei der Eröffnung des Craniums sah man die Venen ziemlich unregelmässig ausgedehnt und voll flüssigen Blutes; der Sinus cavernosus enthielt kein Gerinnsel. Das Gehirn (Cerebrum und Cerebellum) normal. Kein Tumor. Corpus pituitarium normal. Beide Orbitae voll von Gerinnseln und in der rechten Orbita etwa 5 ccm Eiter mit Blut vermischt. Links dagegen war Gerinnsel zu sehen, aber es war kein Eiter vorhanden; der Sinus cavernosus, wie die anderen Sinus überhaupt, enthielt nur flüssiges Blut. Das Periost und die Opticusscheide rechts waren geschwollen, infiltrirt und das Periost war vom Knochen abgelöst und schien das Foramen opticum vollständig zu verstopfen; links dagegen war das Foramen nicht vollständig verstopft, obgleich die Knochenhaut auch oedematös war, und der Bulbus, abgesehen von der oberflächlichen Necrose der Hornhaut, war normal. Die übrigen Theile des Körpers waren normal.

Es handelt sich also, um eine einfache Phlegmone der Orbitalgewebe rechts; die Ursache blieb unbekannt, da keine Eingangspforte auf der Haut zu finden war und die Anamnese eine (scheinbar) normale Geburt aufwies. Es unterliegt keinem Zweifel, dass die Eitererreger auf unbekannte Weise in die Augenhöhle eingedrungen sind und deren Inhalt in einen Eiterherd verwandelt haben. In Folge davon entstand Thrombose in dem Sinus cavernosus rechts, und dieselbe verbreitete sich nach links, so dass das Blut von der linken Orbita keinen Abfluss finden konnte, und es wurde auf diese Weise eine venöse Stauung in dieser Orbitalhöhle verursacht.

Ich möchte zwei weitere Fälle aus meiner Praxis anfügen, die in einem gewissen Contrast zu den erst beschriebenen stehen, und sogleich zeigen, was für einen Verlauf möglicherweise eine Orbitalphlegmone nehmen kann.

Ein junger Chirurg hatte eine einfache Pustel auf der nasalen Seite des unteren Augenlides; unvorsichtigerweise kratzte er dieselbe, als er gerade einen Patienten mit einer eiternden Wunde behandelte. Innerhalb wenigen Stunden wurde das Lid entzündet, bald darauf wurde das Innere der Orbita schmerzhaft, sodann folgte Exophthalmos neben der Eiterung in dem Fettgewebe der Orbita, mit dem Endresultat, dass die ganze Orbita in eine Eiterhöhle verwandelt, dass alles zerstört wurde, und dass nichts ausser einem atrophischen Bulbus und Narbengewebe zurückblieb. Das andere Auge war nicht im geringsten afficirt.

Der dritte Fall war der folgende: Ein 65 Jahre alter Mann wurde mit einem Stock an der Stirne verwundet; bald darauf entwickelte sich scheinbar ein localisirtes Erysipel mit Oedem; ein Einschnitt in dasselbe liess keinen Eiter vortreten; hingegen drei Tage später wurde Fluctuation wahrnehmbar unter dem oberen Orbitalbogen und ein Abscess wurde geöffnet, welcher, so weit man messen konnte, 2 bis 3 cm von der hinteren Spitze der Orbitalhöhle reichte. Dieser Abscess breitete sich bald darauf nach dem unteren, äusseren Quadranten der Orbita aus, dann entlang dem Boden der Orbita zu dem inneren, unteren Quadranten, ferner nach dem Dache zu, zu dem oberen, inneren Quadranten. Drainage wurde hergestellt mit sechs Einschnitten, welche zu verschiedenen Zeiten und an verschiedenen Stellen gemacht wurden, jeder Einschnitt reichte mindestens bis zu einem Punkte, welcher den Abstand zwischen Cornea und Spitze der Orbita halbirte; zuletzt kam die Entzündung zum Stillstand, und der Process heilte ohne wahrnehmbaren Substanzverlust und ohne Entstellung. Auf der Höhe der Entzündung war die Papille merklich geröthet, aber das Sehvermögen war nicht geschädigt, und bei Entlassung aus dem Hospital war der Fundus und die Sehkraft dieses Auges gerade so normal wie die des anderen, welches niemals eine Spur von sympathischer Ophthalmie zeigte. In diesem Falle war rechtzeitig verhindert worden, dass die Eiterung in das Innere der Tenon'schen Capsel eindrang, und sie beschränkte sich auf das Fettgewebe.

Diese drei Fälle zeigen die verschiedenen Typen der Orbitalphlegmone. Hosch erwähnt ähnliche Vorgänge; Noyes in seinem Buche (zweite Auflage, 1894,) erwähnt zur Erläuterung besonders gute Beispiele und führt an (S. 646), dass Schirmer der Trennung der sympathischen Ophthalmie in zwei Formen beistimmt, und dass derselbe neben dem infectiösen Ursprunge der sympathischen Ophthalmie auch an einen auf nervöser Basis glaubt, im Gegensatz zu Deutschmann. Wir finden hingegen selten einen Autor, der vor dem Erscheinen der sympathischen Ophthalmie nach irgend einer Form der Orbitalphlegmone warnt.

Wenden wir nun unsere Aufmerksamkeit wieder dem ersten Falle zu. Hier haben wir eine venöse Stasis, die (nach Schmidt-Rimpler) längs dem Sinus cavernosus von einer Orbita zur anderen sich ausbreitet. Soweit ist die Erklärung ein-

fach genug. Abgesehen von dem Interesse, dass dieser Fall dadurch erweckt, dass eine Eiterung als ein Tumor diagnosticirt wurde, würde eine weitere Discussion des Falles nicht am Platze sein, wenn nicht dieser Fall auf die Frage hinwiese, auf welchem Wege Eiterung in einer Orbita resp. in einem Bulbus denselben Zustand in dem anderen Bulbus verursachen kann, oder genauer formulirt, ob eine sympathische Ophthalmie in jedem Falle nur durch Infection herbeigeführt wird, die aus dem einen Bulbus längst der Opticusscheide, dem Chiasma, der anderen Opticusscheide in den zweiten Bulbus sich ausbreitet.

Es ist nicht der Zweck dieses Berichtes das ganze Gebiet der sympathischen Ophthalmie zu erörtern. Ich will nur den mitgetheilten Fall besprechen. Das Innere des Auges der anderen Seite war intact und die Papille zeigte keine Veränderungen, so lange die Cornea durchsichtig genug war, um eine Untersuchung zu ermöglichen; dabei war die Orbita der einen Seite mit Eiter gefüllt, der Bulbus zerstört, der Opticus und das Periost waren von dem Process ergriffen und ein continuirlicher Belag von gestautem Blut war vorhanden, der den Organismen einen günstigen Weg geboten hätte. Und doch zeigte die Untersuchung keine Spur von Infection und war kein Eiter in der anderen Augenhöhle vorhanden. Ich gestehe zu, dass hier eine Lücke ist, da ich weder eine microscopische Untersuchung des Opticus der andern Seite machte, noch Culturen von dem Inhalt der zweiten Orbita zu machen versuchte. Umstände, über die ich nicht Herr war, verhinderten diese Untersuchungen. Aber nach Aetiologie anderer pathologischen Erfahrungen hätten wir hier Eiterbildung (sympathische Ophthalmie) erwarten sollen, falls sympathische Ophthalmie der Ausdruck entzündlicher Erscheinungen ist, die hervorgerufen sind durch die Ausbreitung eitererregender Bacterien. Dass alle Pathologen nicht einer Meinung sind in Bezug auf die Theorie der Ausbreitung der Entzündung durch Transport der Eiterbacterien, wird beim Studium der Lehrbücher klar, und zwar besonders bei solchen Fällen, wo der lange Zwischenraum zwischen der Erkrankung des zweiten Auges und der Verletzung des ersten eine so einfache Erklärung verschwert. Noch stärker gegen diese Erklärung sprechen solche Fälle wie jene von Schmidt-Rimpler (Deutsche Medicin. Wochenschr. No. 27, 1900, und Zeitschrift für practische Augenheilkunde, Band 4, Heft 2, 1899), in welchen Ecchinococcus eines Auges eine sym-

pathische Ophthalmie des zweiten Auges verursachte ohne jede äussere Infection.

Einen Organismus anzunehmen, dessen einzige Wirkung wäre, eine specifische Krankheit (sympathische Ophthalmie) hervorzurufen — wie der Pneumococcus pneumoniae veranlasst — steht im Widerspruch zu der bacteriologischen Forschung.

Ich nehme daher an, dass der hier beschriebene Fall uns zu dem Schlusse zwingt, dass die sympathische Ophthalmie eine Neuritis ist, die nicht allein durch die Einwanderung von Microorganismen hervorgerufen wird, sondern die, falls sie überhaupt zu dem Wachsthum der Bacterien in Beziehung steht, nur durch die Reizung der Gewebe durch die von den Bacterien producirten Toxine hervorgerufen wird.

103 State St., Chicago.

Ueber ein einfaches Verfahren zur Herstellung von Microphotogrammen.

Von Dr. H. Kreuder, New York.

Da die Erfindung der Trockenplatten die photographische Technik so sehr ungemein vereinfacht hat und die photographischen Apparate in den letzten Jahren so ungemein verbessert wurden, giebt es jetzt wohl nur mehr wenige Aerzte, die nicht wenigstens einigermaassen einige Kenntnisse über das Photographiren besitzen dürften. Ferner ist das Microscop heutzutage für den Arzt ein unentbehrliches Instrument, durch welches allein es in vielen Fällen möglich ist, eine exacte Diagnose zu stellen. Wenn es nun öfters vorkommt, dass sich ein besonders interessantes oder wohl gelungenes microscopisches Präparat zur Untersuchung darbietet, so liegt der Wunsch besonders nahe, davon ein photographisches Bild zu besitzen, um entweder dasselbe zum eigenen Gebrauche aufzubewahren, oder, was noch häufiger der Fall sein dürfte, um es wissenschaftlichen Arbeiten zur Erläuterung und Ergänzung beizufügen. Bei den meisten Aerzten bleibt es jedoch bei dem erwähnten Wunsche, und zwar aus dem einfachen Grunde, weil sie sich die Herstellung solcher Microphotogramme als zu schwierig und von dem Besitze beson-

ders complicirter und kostspieliger Apparate abhängig vorstellen. Letzteres ist jedoch durchaus nicht der Fall.

Als ich Medicin studirte und die ersten Präparate unter dem Microscope sah, kam mir sofort der Gedanke, davon photographische Aufnahmen anzufertigen. Microscop und eine gewöhnliche Camera waren in meinem Besitze, und so versuchte ich es bald, meine eigenen Microphotogramme herzustellen. Es dauerte dann nicht sehr lange, bis meine Versuche mit Erfolg gekrönt wurden. Wie es nun gelingt, mit Microscop und einer ganz gewöhnlichen photographischen Camera vorzügliche Microphotogramme herzustellen, will ich mit Nachstehendem mittheilen.

Nöthig sind die folgenden Gegenstände:

1. Ein Tisch, auf dem die verschiedenen Theile des Apparates zusammengestellt werden. (Der Tisch muss vollkommen fest stehen.)

2. Eine Welsbach'sche Lampe.

3. Ein Microscop mit Abbe'schem Condensor.

4. Eine photographische Camera, die bis zu 50 cm ausziehbar ist.

5. Ein hölzernes Gestell, auf welchem Microscop und Camera mit einander verbunden werden. Das Gestell muss mit einem Schlitten versehen sein, auf dem die Camera hin- und hergeschoben werden kann.

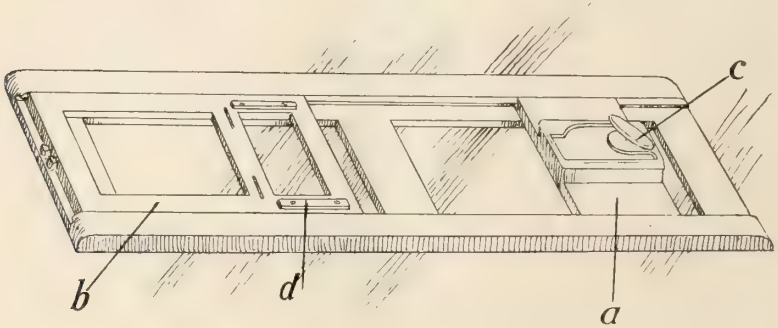


Fig. 1.

Will man eine Aufnahme vornehmen, muss man in folgender Weise verfahren: Man legt das erwähnte Holzgestell auf den Tisch, stellt die Lampe neben das Gestell und zwar so, dass sie sich an der Seite des Untersatzes a (Fig. 1) für das Microscop befindet. Das Microscop selbst kommt auf seinen Untersatz zu

stehen und wird das Stativ des Microscopes durch die Klammer c festgehalten. Nun wird das Licht der Lampe derart auf das Object concentrirt, dass das ganze Gesichtsfeld möglichst gleichmässig erhellt ist. Die erste Bedingung zur Erzielung eines guten Photogrammes ist dann die scharfe Einstellung des Präparates, wobei es wünschenswerth ist, dass der zur Aufnahme kommende Theil des Präparates durchwegs gleich dünn und zart ist, wodurch allein ein an allen Stellen klares und helles Bild ermöglicht wird. Vollkommen erreicht wird dies natürlich fast niemals werden, da die Präparate nicht immer gleich dick sind oder oft nicht ganz eben auf dem Objectträger liegen und weil ferner in Folge der sphärischen Aberration der Linsen die Randpartien weniger klar erscheinen, als der centrale Theil des Gesichtsfeldes, auf den hin die genaue Einstellung erfolgt ist. Alles in Allem wird man sich die geeignetste Stelle des Präparates zur Aufnahme aussuchen. Ist dies geschehen, so hat man nunmehr peinlichst

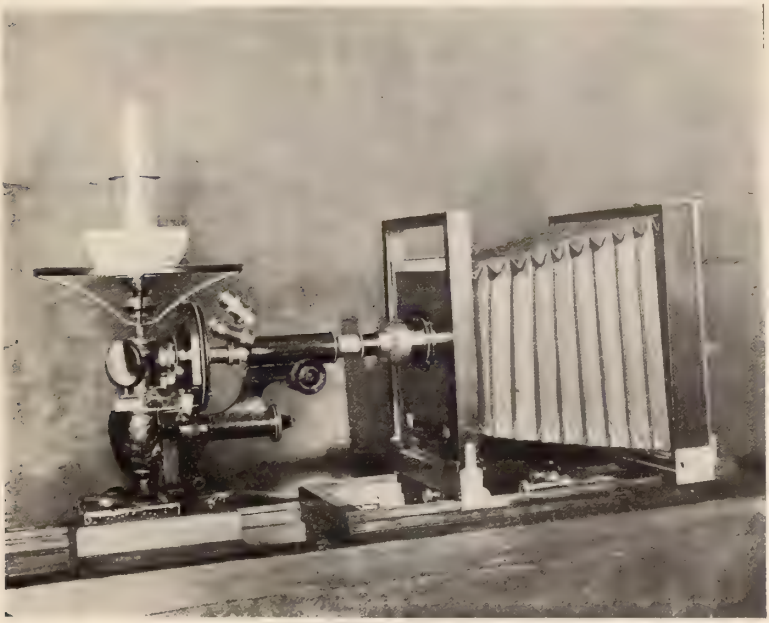


Fig. 2.

darauf zu achten, dass sich das Präparat auf dem Tische des Microscopes nicht mehr verschiebt, daher ist das Präparat mit den am Microscoptische angebrachten Federn in seiner Lage zu

sichern. Nun wird das Microscop in seinem Charnier horizontal umgelegt (Fig. 2) und das Licht der Lampe neuerdings auf das Gesichtsfeld in der früher angegebenen Weise concentrirt.

Alsdann entfernt man das Linsensystem der Camera, indem man dasselbe aus seiner Messinghülse herausschraubt, setzt die Camera auf den Schlitten b (Fig. 1) und zieht sie bis zu ihrer grössten Länge aus. Da das Microscop sich schon in der geeigneten Position befindet, braucht jetzt nur noch die Verbindung zwischen Camera und Microscop hergestellt zu werden. Dies geschieht in der Weise, dass man den Schlitten mit der Camera so weit nach vorn schiebt, bis das Ocular des Microscops an die Messinghülse der Camera sich anschliesst. Natürlich muss das Holzgestell so angefertigt sein, dass die Achse der Camera und die des umgelegten Microscops vollkommen übereinstimmen. Zur lichtdichten Verbindung von Microscop und Camera fertigt man sich zwei kleine Aermel (aus Leder und mit Sammet gefüttert), von denen der eine um den Tubus des Microscops, der andere um die Messinghülse der Camera passt und die dann mittels eines Balges verbunden werden.

Wenn dann der Apparat so weit fertig aufgestellt ist, ist die nächste Aufgabe die scharfe Einstellung auf der matten Visirscheibe. Dies geschieht durch Drehen der Micrometerschraube unter gleichzeitiger Lupenbetrachtung des Bildes auf der matten Scheibe. Die Bildgrösse ist abhängig von der Entfernung von Ocular und Visirscheibe. Durch ein wenig Uebung lernt man leicht die Distanz kennen, mit welcher man die besten Bilder erzielt. Ist nunmehr das Bild auf der matten Scheibe scharf eingestellt, setzt man die in lichtsicherer Cassette befindliche Trockenplatte in der gewöhnlichen Weise ein.

Ehe man exponirt resp. den Schieber der Cassette entfernt, muss das reflectirte Licht ausgeschlossen werden, und zwar geschieht dies am besten, indem man eine Karte zwischen Condensor und Reflector einschiebt, oder, wenn die Messinghülse der Camera einen Einschnitt für Diaphragmen hat (Fig. 2), in diesen Einschnitt. Ist auf diese Weise das Licht ausgeschlossen, entfernt man den Schieber der Cassette und, nachdem man sich nochmals überzeugt hat, dass sich nichts am Apparat verrückt hat, exponirt man durch vorsichtige Entfernung der Karte ½—2 Minuten lang, je nach Beleuchtung, Vergrösserung, Distanz etc. Alsdann schiebt man zuerst die Karte, hierauf den Schieber wieder

in die Cassette ein, entfernt die letztere und entwickelt die Platte. Man benützt am besten isochromatische Platten, da man durch dieselben die verschiedenen Farbentöne zum Ausdruck bringen kann.

Das Entwickeln der Platten geschieht in folgender Weise:

1. Sorgfältiges Abstauben der Platten mit einem feinen Haarpinsel.

2. Einlegen der Platten (10—15 Minuten) in eine 5proc. Sodalösung (Na_2CO_3), damit die Emulsion gelockert wird und der Entwickler leichter eindringen kann.

3. Einmaliges Abwaschen in klarem Wasser.

4. Entwicklung in folgender Lösung:

Eikonogen	10,0
Natr. sulfur. cryst.	15,0
Kal. carbon.	10,0
Acid. sulfuros.	1,0
Wasser	600,0

Der Entwickler wird in der Weise hergestellt, dass man dem Wasser zuerst die schweflige Säure, dann das Natrium sulfuricum

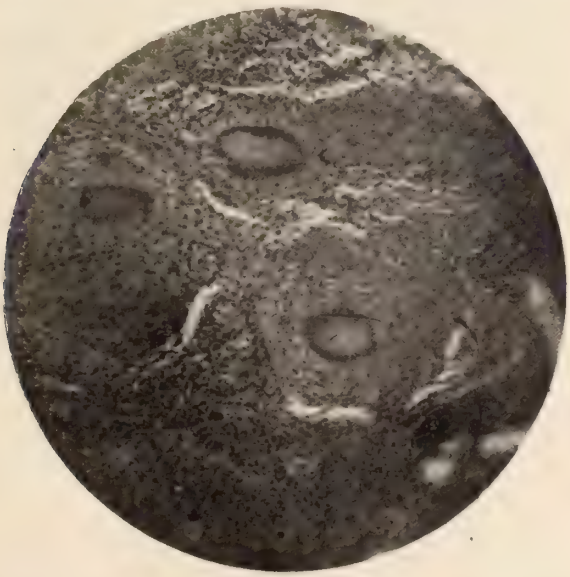


Fig. 3. *Syphilitisch erkrankte Drüse mit Riesenzellen.*

zusetzt und dieses durch Erhitzen auflöst. Dann setzt man das Kalium carbonicum hinzu und, wenn auch dieses gelöst ist, fügt

man das Eikonogen hinzu und kocht die Lösung, bis sie klar ist. Das Ganze wird dann heiss abfiltrirt.

Um ein zu schnelles Entwickeln zu verhindern, setzt man direct vor dem Gebrauch einige Tropfen einer gesättigten Bromkalilösung zu dem Entwickler. Vollständiges Entwickeln der Platten ist absolut nothwendig.

5. Abwaschen in Wasser.

6. Fixiren in einem sauren Bad, damit die Negative recht klar werden.

7. Waschen in fliessendem Wasser für zwei Stunden.

8. Trocknen.

Das Anfertigen des Positivs geschieht in der gewöhnlichen Weise.

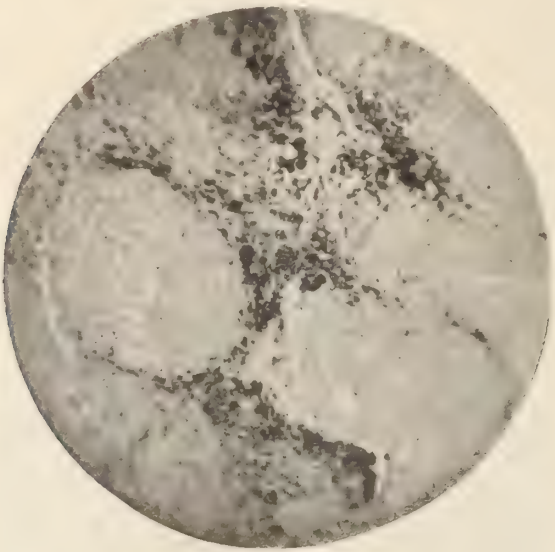


Fig. 4. *Melanosarcom.*

Die beiden dieser Arbeit beigegebenen Microphotographien sind nach der soeben beschriebenen Methode hergestellt worden.

Ein Beitrag zur Lehre von der Vererbung.*)

Von Dr. Ad. Cohn (Adlershof).

An der Vererbungsfrage, die seit Jahrzehnten alle Theile der medicinischen Wissenschaft beschäftigt, ist nicht nur die Medicin als solche allein betheiligt. Fast kein Gebiet der allgemeinen Sociologie entbehrt des Interesses für diese Fragen der Menschheit, die diese schon immer beschäftigt haben. Wie kann ein Richter einen Uebelthäter bestrafen, wenn ihm Lombroso sagt, dass dessen Verbrechen die natürliche Folge seines angeborenen Characters oder nach Gall seiner angeborenen stärker als sonst entwickelten Hirntheile sind, die sich nach aussen am ausgebildeten Schädel als Protuberanzen und Gruben zeigen? Ist nicht unsere ganze Gesellschaftsordnung auf den Kopf gestellt, wenn wir die Begriffe von Pflicht und Verantwortung aus ihrem Codex ausschalten? Hört nicht jede Rücksicht auf den Nebenmenschen, jedes soziale Leben damit auf, dass Jeder auf Grund ihm angeborenen Characters nur die Rücksicht als Kranker beanspruchen darf? Dann würde nur der krasse Egoismus herrschen; Jeder als der von Nietzsche gepriesene Uebermensch sich zügellos über die Heerdenthiere hinwegsetzen und schrankenlos seine Macht und seine Begierden diesen fühlen lassen. Oder es müsste doch, fasst man das Verbrechen als Folge der Vererbung als Krankheit auf, die ganze Erde sehr bald ein Krankenhaus bilden, da das einmal begangene Verbrechen nicht blos ins siebente Geschlecht fortzeugend böse Charactere in der Nachkommenschaft gebären würde. Einen ganz anderen Weg hat Darwin zur Erklärung der Art der Vererbung eingeschlagen. Nicht das „bestehende Wie" ist bei ihm das Wesentliche, sondern das „gewordene Wie." Wohl haben schon die Geister der früheren Jahrhunderte an der Entwickelung dieser Lehre gearbeitet, aber erst das durch die Benutzung des Microscops zusammengebrachte Material hat Darwin in den Stand gesetzt, nachdem Lamark, Göthe, Wallace und Andere die Thatsachen der Vererbung zusammengetragen, Licht zu bringen in die Entstehung der Arten und die Anregung zu geben zur Entschleierung des Räthsels, das sich auf den Ursprung und die Geschichte der Menschheit erstreckt.

*) Aus Deutsche Med. Presse, 1901, No. 22.

Man hat Hunger und Liebe die Triebfedern der organischen Welt genannt. Aber die Beobachtung, dass einzellige Organismen bei genügendem Nahrungszuflusse sich theilen und dadurch vermehren, ja dass sogar bei Bienen und Ameisen eine Parthenogenese stattfindet, führt uns zu dem Schlusse, dass der Hunger allein im Reiche der belebten Materie herrscht. Mit demselben Rechte hat man den Egoismus, d. h. für uns im vorliegenden Falle das Bestreben der Materie auf den Reiz des Hungers reflectorisch zu reagiren, als das Hauptagens in dem Naturtriebe genannt, wie er sich in dem Gesetze der Erhaltung der Art ausspricht. Wir sehen in dem Egoismus auf diese Weise nur einen Naturtrieb und geben ihm nicht die üble Nebenbedeutung des allgemeinen Sprachgebrauches. Ja wir erkennen gerade in ihm das uns Unbegreifliche, das Göttliche, wenn wir an eine Urzeugung denken, die für uns — bei der menschlichen Unfähigkeit, alle Dinge dieser Erde von Anfang bis zu Ende zu verfolgen — allein den Uebergang von der unbelebten Materie zum belebten Organismus bildet.[1]) Ist somit für uns der Egoismus der Trieb der Selbsterhaltung und der dadurch geschaffene Zustand der Fortpflanzungsfähigkeit, so sind, wenn wir einen Schritt weitergehen, zur Fortpflanzung selbst, die geschaffenen Producte nur eine Folge des Egoismus und wir können in all den thierischen Eigenschaften der Mutter- und Kindesliebe und dann der höheren menschlichen Tugenden, der Nächstenliebe auch nur einen Ausfluss oder eine Spielart des vielgeschmähten Egoismus erkennen. Denn was anderes ist die Nächstenliebe als der Egoismus, eingeengt durch den menschlichen Verstand, durch Erziehung und Gewöhnung in gewissen innerhalb verschiedener Zeitepochen schwankenden Anschauungen über das, was dem Einzelnen und den Andern zukommt?

Ist somit für den Menschen er selbst und der Nachbar, der Andere, das nächste Object zur Berücksichtigung (und zwar der Andere gedacht zunächst als eigene Nachkommenschaft), so ist es eigentlich auffallend, dass die Wissenschaft die Beobachtung erst so spät angefangen hat, die Thatsachen, die sich auf die Vererbung beziehen, zusammen zu tragen und deren Ergebnisse zu weiteren Schlüssen zu verwerthen.

Als Darwin 1860 sein Buch über die Entstehung der Arten durch natürliche Zuchtwahl veröffentlichte, konnte er mit vollem Rechte Folgendes ausführen:[2]) Die Gesetze, welche die

Erblichkeit regeln, sind grösstentheils unbekannt. Niemand kann sagen, warum dieselbe Eigenthümlichkeit in verschiedenen Einzelwesen einer Art oder verschiedener Arten zuweilen erblich ist und zuweilen wieder nicht. Warum das Kind oft gewisse Charactere des Grossvaters oder der Grossmutter oder noch früherer Ahnen aufweist. Warum eine Eigenthümlichkeit sich oft von einem Geschlechte auf beide Geschlechter übertrage oder nur auf ein Geschlecht und zwar gewöhnlich aber nicht ausschliesslich auf ein und dasselbe Geschlecht." Und wenn ich nur noch Hensen von Neueren erwähne, so sagt dieser in seiner Physiologie der Zeugung: „So viele Hände auch immer geschäftig gewesen sind, die Siegel zu lösen, welche die Theorie der Vererbung unserer Einsicht verschliessen, der Erfolg ihrer Arbeit war ein geringer, und mit gewissem Recht sieht man nachgerade mit nur wenig Hoffnungen neuen Arbeiten in dieser Richtung entgegen. Dennoch muss immer von Zeit zu Zeit untersucht werden, wie weit man zu kommen vermag!"

Auch die vorliegende, durch die Vorlesungen des Herrn Hofrath Binswanger in Jena beeinflusste Arbeit mag als ein Versuch gelten, die theoretischen Ansichten Darwin's, soweit sie durch die grundlegenden und zur Zeit allein maassgebenden Arbeiten Weissmanns für die practische Medicin Richtung gebend geworden sind, soweit ich es im Stande bin zu fixiren. Ich theile dabei die Hoffnung und den Wunsch Binswanger's[3]), dass die Fragen, welche die neueren Arbeiten über die Vererbung aufgeworfen haben, bei der klinischen Forschung durch ein genaues Studium von Individualstammbäumen und nicht durch Massenstatistik gelöst werden können und dass diese Auffassung zur Aufstellung von Individualstammbäumen führt.

In der Arbeit Rhodes[4]) sind die Theorieen Weismann's über Keimplasma, die morphologischen Vorgänge bei der Befruchtung des ovulum näher ausgeführt. Ich führe nur aus seiner Zusammenfassung am Schlusse das hier in Frage kommende an. Nach Weismann's Ansicht bleibt das Keimplasma nur noch continuirlich in dem ausserordentlich bedeutungsvollem Sinne, dass es das einzige Behältniss für die erblichen Charactere jeder der aufeinander folgenden Generationen darstellt. Weiter: Erworbene Charactere, d. h. solche, die durch äussere Einflüsse, einschl. Gebrauch oder Nichtgebrauch von Organen, am Körper entstehen, können daher nie auf die Nachkommenschaft über-

tragen werden. Dagegen müssen sie oft jene specialisirten Abänderungen in der Structur des Keimplasmas verursacht haben, welche für die Entstehung von pathologischen Keimesvariationen von allgemeiner Wichtigkeit sind. Auch nimmt R h o d e als feststehend an, dass das Keimplasma nicht absolut unveränderlich, ebenso gegen äussere Einflüsse nicht gänzlich unempfindlich ist, äussere Einflüsse und zwar nicht nur solche, die für den Keim äussere sind, sondern selbst die, die zu dem Körper in äusserer Beziehung stehen, vermögen die Keime selten zu ändern. Und schliesslich[5]) vermögen auch die klinischen Erfahrungsthatsachen von Nerven- und Geisteskrankheiten einen sicheren Beweis für die Annahme, dass erworbene pathologische Eigenschaften sich nicht vererben, zur Zeit noch nicht zu erbringen, so stehen sie solchen Annahmen doch nicht entgegen, vielmehr liefern auch sie den Wahrscheinlichkeitsnachweis, dass alle erblichen Krankheiten und Missbildungen ihren Ursprung von Keimesvariationen nehmen. Vielmehr bedarf es einer sorgfältigen Individualstatistik, d. h. der genauesten genealogischen Erforschung von Familien, in welchen Geistes- und Nervenkrankheiten heimisch geworden sind.

B i n s w a n g e r selbst geht bei seiner Darstellung der Aetiologie der Neurasthenie[6]) von der Eintheilung G r i e s i n g e r's aus, indem er ausser den zufällig entstandenen Hirnkrankheiten bei einer Reihe erkrankter Individuen die ererbte neuropathische Praedisposition annimmt. Doch fasst er diesen Begriff weiter als G r i e s i n g e r, indem er fortfährt: Die neuropathische ererbte Praedisposition, die constitutionelle Veranlagung umschliesst alle ererbten, d. h. durch die ursprüngliche abnorme Keimesbeschaffenheit eines oder beider Erzeuger verursachten und die erworbenen, im Laufe der individuellen Entwickelung hinzugetretenen Dispositionen, welche der Ausgangspunkt unfertiger und voll entwickelter Nerven- und Geisteskrankheiten werden." Bei dieser Definition der Praedisposition werden wir stehen bleiben müssen, so lange wir über die Schädigungen des Keimplasmas vom Beginn der Befruchtung bis zur Geburt des Individuums so wenig unterrichtet sind. Aber ich bin der Meinung, dass die Aufstellung einer pathologischen Embryologie und im Gefolge derselben einer Therapie dazu führen wird, als Praedisposition nur den Zustand aufzufassen, in welchem sich nach der Kopulation von ovulum und sperma der

Keim befindet und damit eine Trennung von ererbter und angeborener Praedisposition herbeizuführen. Von diesen beiden Zuständen liegt der eine ausserhalb unserer Beeinflussung, dagegen wird sich wohl der zweite einer Therapie zugänglich erweisen, umsomehr als die Beobachtung an Thieren und phanerogamen Pflanzen[7]) zeigt, dass das Wesentliche bei der Befruchtung die Vereinigung zweier (für uns unbeeinflussbarer) Zellkerne ist, die von zwei verschiedenen Geschlechtszellen abstammen, dass aequivalente Mengen männlicher und weiblicher färbbarer Kernsubstanz (Nuclein) verschmelzen, weiter, dass zum Aufbau des Individuums mehr mütterliches Protoplasma als männliches genommen wird und dass zur Vollendung schliesslich nur mütterliches Material verbraucht wird. Auf die Beschaffenheit des Uterus, des mütterlichen Blutes, des ganzen mütterlichen Zustandes wird dann mehr Gewicht gelegt werden und deshalb auch bei der Ascendenz die Trennung von vererbten und angeborenen Zuständen unterschieden werden müssen. Vorderhand aber müssen wir uns mit der modernen Definition der Praedisposition als einer Folge von Keimesbeschaffenheit und Intrauterinleben begnügen, wie sie sich im Zustande zur Zeit der Geburt des Kindes ausspricht. So ist auch Binswanger's Ansicht zu verstehen.[8]) Eine vererbte, d. h. von den Erzeugern überkommene krankhafte Anlage kann mit Sicherheit nur dann zu Stande kommen, wenn bei der amphigonen Zeugung pathologisch verändertes Keimplasma, von einem oder beiden Erzeugern stammend, zum Aufbau des Individuums geführt hat und andererseits[9]), ich habe mich nirgends davon überzeugen können, dass Fälle, in denen unzweifelhaft und ausschliesslich die Geistes- oder Nervenkrankheit als erworbene erkannt werden konnte, und jene allgemeinen oder lokalen Ursachen zu Keimesschädigungen auszuschliessen waren, Ausgangspunkte einer pathologisch durchseuchten Familie oder auch nur vereinzelter Erkrankungen in der Descendenz gewesen sind! Sonst schliesst sich Binswanger, durch klinische Erfahrungen veranlasst Weismann's[10]) Ansicht an: „Bis jetzt war die Vererbung künstlich erzeugter Krankheiten, eben der Epilepsie, die einzige sichere Thatsache, welche für die Vererbung erworbenr Eigenschaften angeführt werden konnte. Ich glaube gezeigt zu haben, dass diese Stütze eine trügerische ist, nicht weil die Thatsache der Uebertragung der Krankheit unsicher wäre, sondern weil sie nicht auf Vererbung beruhen muss."

Nur auf dem Umwege der angeborenen Praedisposition sind diese Thatsachen zu verstehen, und so kam Binswanger zu der Erklärung[11]), dass wir mit Berücksichtigung der Lehren der erblichen Degeneration berechtigt sind, von einfachen und degenerativen neuropathischen und neurasthenischen Zuständen zu sprechen.

(Schluss folgt.)

---

[1]) Ewigkeit ist überhaupt nur die Negation des Vergänglichen. Wir nehmen ja an, dass die irdischen Lebensformen einen Anfang gehabt haben. Weissmann: über Vererbung; Probleme S. 643.

[2]) Reclam, übersetzt v. Hack, S. 38.

[3]) Vorwort zu Friedrich Rhode: Ueber den gegenwärtigen Stand der Frage nach der Entstehung und Vererbung individueller Eigenschaften und Krankheiten. Jena 1895 S. IX.

[4]) Woselbst auch die reichhaltige und sorgfältige Literaturangabe von Arbeiten über Vererbung bis 1895.

[5]) l. c. S. 148.

[6]) Pathologie und Therapie der Neurasthenie. Vorlesungen Jena 1896, S. 29 u f.

[7]) O. Hertwig, Die Zelle und die Gewebe. 1893. Cap. III.: Die Erscheinungen und das Wesen der Befruchtung.

[8]) l. c. 31.

[9]) l. c. 33.

[10]) Weismann, Die Bedeutung der sexuellen Fortpflanzung, Jena 1886: Ueber die behauptete Vererbung erworbener Veränderungen S. 107.

Referate und Kritiken.

Compendium der Arzneiverordnung. Von Dr. Oscar Liebreich und Dr. Alexander Langgaard. Nach der Pharmacopoea Germanica ed. IV. und den neuesten fremden Pharmacopoeen. Fünfte, vollständig umgearbeitete Auflage. 827 S. Fischer's Medicinische Buchhandlung (H. Kornfeld). Berlin 1902.

Obiges Compendium erscheint nunmehr in fünfter Auflage, gewiss ein Beweis für die Brauchbarkeit desselben. Für Diejenigen, die das Werk nicht bereits aus seinen früheren Auflagen kennen, sei hier so viel mitgethilt, dass dasselbe Alles behandelt, was für die Praxis von Wichtigkeit ist. Die Anordnung des Stoffes ist eine alphabetische; auf die Angabe der Darstellung, Zusammensetzung und Eigenschaften einer Substanz folgt die Besprechung der Wirkung und Anwendung möglichst kurz, so

weit es für den practischen Arzt von Interesse ist. Daran schliesst sich die Dosirung, Angabe der officiellen Präparate, zu welchen die betreffende Substanz benutzt wird, und den Schluss bildet eine Auswahl von Receptformeln. Ein ausführliches Sach- und Krankheitsregister erleichtert die Orientirung. Der vorliegenden neuen Auflage sind alle neuen Heilmittel zugefügt worden, die seit dem Jahre 1895 in den Gebrauch gekommen sind. Zu erwähnen wäre noch, dass auch die Pharmacopoe der Vereinigten Staaten die weitgehendste Berücksichtigung gefunden hat. Das Compendium der Arzneiverordnung muss als ein vorzügliches Werk bezeichnet werden, das jedem Collegen bestens empfohlen werdn kann.

Handbuch der Therapie innerer Krankheiten. Herausgegeben von Dr. F. Penzoldt und Dr. R. Stintzing. Dritte umgearbeitete Auflage. 1. und 2. Lieferung. Verlag von Gustav Fischer in Jena, 1902.

Nach verhältnissmässig nur kurzer Zeit ist schon eine dritte Auflage des Penzoldt und Stintzing'schen Handbuches der Therapie nothwendig geworden, woraus deutlich hervorgeht, wie sehr dasselbe dem practischen Bedürfnisse der Aerzte entsprochen hatte, und wie glücklich der Gedanke der Herausgeber gewesen war, die in den grösseren Handbüchern der speciellen Pathologie meist so stiefmütterlich behandelte Therapie eingehender und auf breiterer Grundlage zu behandeln. Schon die beiden ersten Auflagen hatten die Vorzüge des Werkes erkennen lassen, auch der neuen, umgearbeiteten Auflage wird ein guter Erfolg vorausgesagt werden können. Die Ausstattung von Seiten des Verlegers ist wiederum eine vorzügliche. Die Ausgabe erfolgt in 20 Lieferungen von etwa 16 Druckbogen, und zwar soll bis Sommer 1903 das Werk vollendet vorliegen. Wir behalten uns vor, später auf eine eingehendere Besprechung des Werkes zurückzukommen.

Mittheilungen aus der neuesten Journal-Literatur.

Gynäcologie und Geburtshülfe.

K. A. Herzfeld: *Ruptur des schwangeren Uterus.*

Es handelt sich um eine 34jährige Frau, die sich im 10. Monat ihrer 7. Schwangerschaft befand. Während des Auslüftens eines schweren Teppichs empfand sie nach einer plötzlichen Ruckbewegung einen starken stechenden Schmerz im Abdomen und hatte das Gefühl, „dass sich etwas in ihrem Leibe umdrehe." Sie wurde dann halbohnmächtig zu Bett gebracht und klagte über sehr heftige Bauchschmerzen. Keine Wehenschmerzen, Meteorismus und Druckempfindlichkeit in der linken Bauchgegend.

Der kindliche Schädel ist deutlich in der Gegend des Beckeneinganges von aussen zu tasten. Aus den Geschlechtstheilen rinnt weder Blut noch Fruchtwasser ab. Die innere Untersuchung ergiebt nichts Abnormes. Der Meteorismus nimmt am nächsten Tage stark zu, es tritt weder Stuhl ein, noch gehen Gase ab. Die Erscheinungen gestalten sich am darauffolgenden Tage noch bedrohlicher, die Schmerzen nehmen in der heftigsten Weise zu, Erbrechen von faeculent riechenden Massen tritt auf. Zu dieser Zeit wird Verf. zugezogen, welcher die Patientin in das Krankenhaus verbringen lässt, woselbst es am nächsten Tage gelang, durch Irrigationen den Abgang von Winden und reichlicher Massen normal gefärbten Stuhles zu erzielen. Die übrigen Erscheinungen bestehen fort. Man musste nunmehr, nachdem eine absolute Unwegsamkeit des Darmes nicht mehr bestand, die Annahme eines Ileus fallen lassen, und nachdem die äussere Untersuchung noch immer ein negatives Resultat ergab, wurden folgende drei Eventualitäten als möglich angenommen: 1. Stieldrehung eines Tumors neben dem schwangeren Uterus. 2. Extrauterin-Schwangerschaft. 3. Ruptur des schwangeren Uterus. Letztere Annahme wurde durch die innere Untersuchung noch wahrscheinlicher gemacht, wobei nur der Umstand auffallen musste, dass nicht ein Tropfen Blut aus den Genitalien ausgesickert war und der Kopf oberhalb des inneren Muttermundes sicher intra-uterin ballotirte. Auf einmal traten leichte Wehen auf und während einer solchen erfolgte nun plötzlich der Abfluss einer grossen Menge blutig gefärbten Fruchtwassers, dem später grosse Mengen dunklen Blutes folgten. H. konnte dann durch die in der Narcose dilatirte Cervix hindurch deutlich einen Riss in der vorderen Uteruswand erkennen. Laparotomie. Bei derselben praesentirte sich der Körper des äusserst stark entwickelten Kindes hinter dem Netze liegend und zwar derartig quer gelagert, dass das Colon descendens gegenüber dem colossal aufgeblähten Colon transversum wie abgeknickt erscheint; der breite Rücken der Frucht nach links oben gewendet; die Füsse in der Nähe der Gallenblase. Die todte Frucht wird nun extrahirt, die Placenta wird in der freien Bauchhöhle gefunden. Abdominelle Totalexstirpation des Uterus in typischer Weise. Patientin stirbt 25 Stunden post operationem im Collaps.

Interessant ist der Fall wegen seines eigenthümlichen Verlaufes, welcher die Diagnose in den ersten Tagen nicht sicher stellen liess. In aetiologischer Beziehung konnte H. ermitteln, dass Patientin bei der vorletzten Entbindung, die 3 Jahre zuvor stattgefunden hatte, unmittelbar im Anschluss an die Geburt wegen „atonischer Blutungen" ausgekratzt wurde, und nach seiner Ansicht ist daher die Annahme nicht von der Hand zu weisen, dass bei dieser Gelegenheit eine Verletzung der Uteruswandung stattfand, welche in derselben pathologische Veränderungen hervorrief, deren letzte Consequenz die Zerreissung des Uterus war.

Und in der That hat man bei der grobanatomischen Untersuchung des exstirpirten Uterus (das Ergebniss der histologischen Untersuchung steht noch aus) den Eindruck, dass an der vorderen Wand in der Gegend der Rissstelle sich einstens ein krankhafter Process abgespielt hat. Nach H. kann daher nicht strenge genug gewarnt werden vor dem Gebrauche von Curetten und anderer Instrumente, die zur Ausräumung von Abortusresten in den puerperalen Uterus eingeführt werden und ohne Controlle des untersuchenden Fingers in der weiten Höhle des Uterus arbeiten, es kann ferner nicht strenge genug gewarnt werden, eine Excochleation des nicht puerperalen Uterus ohne genügende Dilatation des Cervicalcanals vorzunehmen. (Centralbl. für Gynäc. u. Geburtsh. 1901, No. 44.)

G. Zander: *Ein Fall von Anus praeternaturalis vestibularis.*

An einem 20jährigen Dienstmädchen sollte wegen unvollständigen Abortes die digitale Ausräumung gemacht werden. Hierbei wurde folgender Befund erhoben: Die grossen Schamlippen schliessen die Vulva gut ab. Nach Auseinanderziehen der kleinen Schamlippen sieht man in der Vulva anstatt der gewöhnlichen 2 Oeffnungen, 3; und zwar unterhalb der Clitoris eine kleine — die Harnröhrenöffnung —, dann eine etwas grössere — den Introitus vaginae —, und 1½ cm tiefer daran anschliessend bis in die Gegend der Commisura posterior eine grosse, weite Oeffnung, die Mastdarmöffnung. Die Umgebung der letzteren ist mit zahlreichen kleinen Schleimhautwärzchen bedeckt. Ein wenn auch nur mässiger Widerstand wird dem untersuchenden Finger entgegengesetzt. Ein Sphincter internus ist also vorhanden. Zwischen der Vaginal- und Rectalöffnung ist eine nicht ganz ½ cm dicke Schicht, die von den beiderseitigen Wandungen gebildet wird, welche sich nicht gegen einander verschieben lassen. Von einem Hymen sind nur spärliche Reste vorhanden. An der Stelle, wo der After liegen sollte, ist nichts von einer Einziehung noch sonstigen Afteranlage zu entdecken. Der Scheideneingang ist eng, die Faltenbildung der Scheidenwand gering. Nach Lage der Dinge muss der nach Angabe der Pat. ziemlich häufig ausgeübte Coitus meistentheils in das Rectum geschehen sein. Nach der Cohabitation war manchmal Stuhldrang vorhanden. Da Pat. Stuhl und Flatus halten kann, wurde von einer weiteren Therapie mit Ausnahme der Abortausräumung abgesehen. (Ibidem 1901, No. 45.)

Otto Grönè: *Ein neuer Fall von Facialisparese nach spontaner Geburt.*

Das Kind wurde in Gesichtslage bei langsam vor sich gehenden Geburtsverlaufe geboren. Im Gesichte eine Kopfgeschwulst, die sich vom Mund bis zur Augengegend erstreckte. Nach dem Schwinden der Kopfgeschwulst liess sich eine linksseitige Facialisparese constatiren. Bei der Untersuchung des Beckens fühlt

man hinter der Symphyse, rechts von der Mittellinie, eine kräftige Exostose von glatter Oberfläche und senkrechtem Verlauf, parallel der Schambeinfuge. Diese Exostose macht G. für die Facialisparese verantwortlich. Letztere besserte sich allmählich, um nach ca. 14 Tagen gänzlich zu verschwinden. (Ibidem.)

SITZUNGSBERICHTE.

Deutsche Medicinische Gesellschaft der Stadt New York.

Montag, den 2. December 1901.

17 West 43. Strasse.

Präsident Dr. Geo. W. Jacoby eröffnet die Sitzung um 8¼ Uhr.

Secretär Dr. John A. Beuermann verliest das Protocoll der vorigen Sitzung, welches genehmigt wird.

Dr. S. Breitenfeld, Schatzmeister, verliest den Bericht des Schatzmeisters für das Jahr 1901.

Die Versammlung beschliesst, den Bericht anzunehmen, wie verlesen.

Dr. A. Rose verliest den Bericht des correspondirenden Secretärs für das Jahr 1901.

Die Versammlung beschliesst den Bericht anzunehmen.

Dr. J. W. Gleitsmann verliest den Bericht des Unterstützungscomités, Dr. John A. Beuermann den Bericht des protocollirenden Secretärs. Beide werden auf Antrag angenommen.

Präsident Dr. Geo. W. Jacoby: Ein eigentlicher Jahresbericht des Verwaltungsraths liegt nicht vor, ein Antrag des Verwaltungsrathes muss indess heute zur Erledigung kommen. Es wurde nämlich in der letzten Sitzung des Verwaltungsrathes der Antrag gestellt und angenommen, in diesem Jahr mit Rücksicht auf die Ausgaben und Mühe, welche die Gesellschaft durch das Waldeyer-Fest gehabt hat, kein Stiftungsfest abzuhalten. Es würde dieses Jahr ein Kommers stattfinden müssen, und die Mitglieder des Verwaltungsrathes glauben, dass wir dieses Jahr in Anbetracht der Umstände wahrscheinlich keinen Erfolg damit haben würden. Es liegt also der Antrag vor, das Stiftungsfest diesmal ausfallen zu lassen.

Auf Antrag beschliesst die Versammlung, den Antrag des Verwaltungsrathes gutzuheissen.

Präsident Dr. Geo. W. Jacoby: Wir kommen nun zum wissenschaftlichen Theil, *der Discussion über Abdominal-Typhus.*

Ich glaubte, dass es interessant wäre, wenn einige Herren, die für die Discussion in der letzten Sitzung vorgemerkt waren, ihren Beitrag zur Discussion in Form eines kurzen Vortrags bringen würden, und es haben sich zu diesem Zweck freundlichst erboten die Herren Dr. Mannheimer, Dr. Seibert und Dr. Meltzer.

Discussion über Abdominal-Typhus:

a. Dr. G. Mannheimer: *Ueber die Behandlung des Typhus.* (Ist in der Januarnummer publicirt.)

b. Dr. A. Seibert: *Einige Bemerkungen zur Typhusstatistik mit Kartenillustrationen.*

c. Dr. S. J. Meltzer: *„Paratyphus."* (Ist in No. 12 ds. Jhrgs. 1901 publicirt.)

Dr. J. Kaufmann: Es war meine Absicht, an der Discussion über die Behandlung des Typhus theilzunehmen. Leider habe ich aber den Vortrag von Dr. Mannheimer heute Abend nicht gehört. So will ich mich darauf beschränken, einige Bemerkungen über die Behandlung des Meteorismus zu machen. Der Meteorismus ist immer eine unangenehme Erscheinung im Verlauf des Abdominaltyphus. Er behindert durch Hochdrängen des Zwergfells die ohnehin sehr oberflächliche Athmung, erschwert die Blutcirkulation und begünstigt das Zustandekommen von Hypostasen. Die Ausdehnung des erschlafften Darms führt weiterhin zu Stagnation und zu Zersetzung des Darminhaltes und damit zur vermehrten Resorption von Gährungsproducten mit allen ihren üblen Folgen. Der Meteorismus ist bedingt durch Darmparese, welche zum Theil durch toxische Einflüsse hervorgerufen ist. Namentlich in Fällen von schwerer allgemeiner Infection ist der durch Darmparese hervorgerufene Meteorismus ein äusserst ominöses Zeichen und der Behandlung sehr schwer zugänglich. Von Noorden hat kürzlich empfohlen, in solchen Fällen Physostigmin anzuwenden, welches, wie bekannt, in kleinen Dosen die Peristaltik energisch anregen soll. Ich habe keine Gelegenheit gehabt, Physostigmin bei Typhus anzuwenden, habe aber während der letzten Jahre ziemlich reichlich das Extract der Calabarbohne bei chronischem Meteorismus gegeben, ohne indess nur einmal rechten Nutzen davon gesehen zu haben. Von diesen Fällen mit schwerer Infection abgesehen, ist der Meteorismus mittleren Grades aber der Behandlung immer zugänglich, und da, wo das mit Erfolg geschieht, erleichtert man den Verlauf der Krankheit ganz erheblich.

Ich brauche nicht zu betonen, dass alles, was bei der allgemeinen Behandlung den Kräftezustand hebt, indirect auch den Meteorismus günstig beeinflusst. Was die directe Behandlung des Meteorismus angeht, so ist zunächst daran zu erinnern, dass neben der Darmparese der Meteorismus bedingt wird durch die

mit Gasbildung verlaufenden Darmgährungen. Es ist deshalb zur Bekämpfung des Meteorismus nach der Richtung hin die Auswahl der Nahrung von grosser Wichtigkeit. Milch empfiehlt sich in solchen Fällen nicht. Milch erzeugt bei Gesunden häufig sehr starke Gasbildung im Darm und thut das in viel intensiverer Weise im erkrankten Typhusdarm. In Fällen, welche ganz ohne Meteorismus verlaufen, wird die Milch gut ertragen, und ich glaube, so erklärt es sich wohl, dass einige Aerzte die Milch als bestes Nahrungsmittel bei Typhus empfehlen und loben, während andere sie absolut verbieten. Wo Neigung zu Meteorismus besteht, sollte man keine Milch geben. Ebenso sollte man alle zuckerhaltigen Getränke und die so beliebten Limonaden aller Art bei Meteorismus absolut ausschliessen. Am besten fährt man mit der Darreichung von Suppen, welche durch Verkochung mit Mehlen und anderen Dingen sehr nahrhaft gemacht werden können. Wesentlich ist, dass die Nahrung in fein vertheiltem Zustand gereicht wird. Man kann dem functionell schwer darniederliegenden Verdauungstractus die Arbeit des Zerkleinerns der Nahrung nicht zumuthen, und es ist deshalb schon aus diesem Grunde, von anderen Dingen ganz abgesehen, nicht rathsam, bei Typhus feste Nahrung zu geben, wie das in neuerer Zeit vielfach empfohlen worden ist. Zur Bekämpfung der Darmgährung ist es dann fernerhin von grosser Wichtigkeit, den gährenden Inhalt möglichst aus dem Darm zu entfernen. Es empfiehlt sich deshalb, gelegentlich auch während des Verlaufs des Typhus Abführmittel zu geben, um so den Inhalt zu entfernen, denn auch da, wo Diarrhoe besteht, bleibt gährender Inhalt leicht in den Ausbuchtungen des Darmes liegen. Noch besser bewährt sich eine Methode, welche ich zuerst auf der Klinik Naunyn's kennen lernte, und seitdem oft mit Erfolg angewandt habe, ich meine regelmässige Darmspülungen. Man muss diese Spülungen nicht in der Form der sogenannten hohen Einläufe vornehmen, sondern in der Art wie man den Magen spült, indem man mit dem Trichterapparat ein halbes bis ein Liter, eventuell auch grössere Quantitäten, abgekochtes Wasser von Körpertemperatur unter niedrigem Druck langsam in den Darm einlaufen und durch den gesenkten Trichter wieder ablaufen lässt. Wenn man das eine Anzahl von Malen hintereinander wiederholt, kann man eine grosse Menge Darminhalt aus dem Darm entfernen, ohne eine hohe Spannung im Darm herbeizuführen und die Peristaltik allzu energisch anzuregen. Dieses Verfahren lang ausgedehnter Spülung empfiehlt sich auch sehr bei Darmblutungen. Wie bei allen Hohlorganen, ist auch bei dem Darm die Ausdehnung der Wand das grösste Hinderniss für die Blutstillung. Wenn nach Reduction des Meteorismus die Darmwand sich contrahirt, verringert sich auch die Geschwürsfläche, und es wird so eher Gelegenheit zur Pfropfbildung im blutenden Gefässe gegeben. Von lokalen Behandlungsmitteln des Meteorismus möchte ich dann noch die

Anlegung einer regulären Priesnitz'schen Binde empfehlen, welche oft sehr fördernd auf die Darmbewegung einwirkt. — Dr. O. G. T. Kiliani: Dr. Stein hatte mich seinerzeit ersucht, den chirurgischen Theil des Typhus mit wenigen Worten zu berühren. Wie er mir mittheilt, meint er damit nicht nur die operative Behandlung der Typhusfälle, wo dieselbe nothwendig wird, sondern vor Allen die chirurgischen Nebenerkrankungen. Die Nebenerkrankungen, Metastasen des Typhus, die dem Chirurgen vor die Augen kommen, sind so mannigfaltig, dass ich dieselben nur eigentlich den Namen nach berühren kann. Ich fange mit dem allgemeinen System an. Da fallen zunächst die multiplen Unterhautzellgewebe-Abscesse auf, die oft 20 bis 30 verschiedene Abscesse bilden, die alle zur Eröffnung führen. Ich bemerke, dass von diesen Metastasen nur die gezählt sind, bei denen Typhusbacillen im Eiter nachgewiesen worden sind. Geht man auf das Knochensystem über, so ist die typhöse Osteomyelitis allgemein bekannt, ebenso die ausserordentlich häufige typhöse Coxitis, welche direct unter das bekannte Bild der Coxitis fällt. Dieselbe führt häufig zu Luxation. Dass gerade bei diesen Knocheneiterungen des Nachtyphus das Bild schwer verständlich wird, je nach der Woche, in welcher sie stattfinden, ist sehr naheliegend. Ein Typhus, der scheinbar abgelaufen ist, zeigt plötzlich wieder hohe Temperatur, und bis man auf die Idee kommt, einen Knochenabscess zu vermuthen, kann das Bild recht lange verschleiert bleiben. Geht man auf andere Organe über, so ist zunächst der Gehirnabscess zu erwähnen, der gar nicht selten beobachtet und beschrieben ist; häufig wurden Reinculturen vom Abscess geliefert. Ebenso sind die Leberabscesse sehr bekannt. Von anderen Organen ausser dem Gehirn und der Leber ist am nächst häufigsten der periphrenische und subphrenische Abscess. Sie sind verschiedene Male beschrieben worden und haben in einigen Fällen absolute Reincultur ergeben. Daran schliesst sich noch die Otitis media bilateralis, auch mit Abscessbildung. Eines der interessantesten Kapitel des Typhus stellt wohl die typhöse Appendicitis dar. Wie relativ häufig dieselbe ist, geht daraus hervor, dass Armstrong 30 Fälle zusammengestellt hat, von denen sechs zur Heilung kamen. Ich selbst habe dreimal typhöse Appendicitis zu operiren Gelegenheit gehabt, alle mit Heilung. Auffallend war bei dem einen Fall, dass die Appendicitis derart in den Vordergrund trat, dass die Diagnose Typhus zunächst gar nicht gestellt wurde. Trotz der etwas atypischen Form entschloss ich mich zur Operation, da ich Appendix-Perforation vermuthete. Ich machte die Operation, entfernte den Appendix und fand im Appendix ein Geschwür, welches mir auffallend erschien; am nächsten Tag ging die Temperatur wieder herunter. Nach kurzer Zeit war der Typhus vollständig entwickelt. Wie weit die Geschwüre im Darm zur Zeit schon entwickelt waren, weiss ich natürlich nicht. Jedenfalls war nicht nur für mich selber, sondern

auch für andere Herren, welche den Fall sahen, die Diagnose Typhus zur Zeit nicht möglich, wohl aber trat der Typhus im Appendix so sehr klinisch in den Vordergrund, dass dies als Hauptleiden imponirte. Die beiden anderen Fälle, von denen einer perforirte, sind auch zur Heilung gekommen, sie kamen aber im späteren Verlauf des Typhus vor und nicht etwa am Anfang. Das wären ungefähr die metastatischen Erkrankungen des Typhus, welche dem Chirurgen vor die Augen kommen. Um nun ein Wort über die chirurgische Behandlung des Typhus selbst zu sagen, die natürlich nur bei Perforation eintritt, so existirt darüber doch eine recht grosse Anzahl von Mittheilungen. Es sind schon ausserordentlich viel Fälle operirt worden, die allermeisten naheliegenderweise in Hospitälern, wo die Patienten unter Beaufsichtigung sind, bis jetzt aber noch mit einem sehr wenig günstigen Resultat. Das lässt sich natürlich ohne Weiteres direct darauf zurückführen, dass selbst bei genauester Beobachtung die exacte Feststellung des Momentes der Perforation ausserordentlich schwierig ist. Von typischer Handbuchauffassung muss man von vorn herein absehen. Eine Reihe von Perforationen scheinen ohne wirklichen Kollaps einherzugehen, der doch als typisches Zeichen der Perforation aufgefasst wird. In einem Fall, den ich kürzlich, vier bis fünf Tage bevor diese Discussion angesetzt war, also vor etwa 4 Wochen, zur Operation bekam und der unter sehr genauer Beobachtung stand, wurde der Zeitpunkt der Perforation genau um 24 Stunden zu spät angenommen. Das liess sich nachher aus der Kurve, die ich mir habe nachzeichnen lassen, ganz gut sehen. Den Schluss, dass diese Perforation 24 Stunden vorher stattgefunden hat als angenommen, ziehe ich daraus, dass in der Zeit von 8 Stunden sich unmöglich eine solche plastische Peritonitis, wie sie bei der Operation vorgefunden wurde, entwickeln kann. Die Aufsuchung der Perforationsstelle scheint sehr wenig Schwierigkeit zu machen, weil sie typisch zu sein scheint, ungefähr 10—100 cm vor der Einmündung des Dünndarms in das Colon ascendens. In unserem Fall war die Perforation ohne jede Schwierigkeit sofort zu finden. Ueber den weiteren Verlauf der perforirten Fälle ist wenig zu sagen. Er hängt davon ab, wie gross die Perforation ist. Im letzten Fall, den ich operirt habe, war sie ungefähr nicht ganz so gross wie ein 10 Cent Stück, was schon sehr gross ist; Massen von Koth, die in der Zeit ins Becken ausgetreten waren, waren geradezu unglaublich. Unter diesen Umständen ging der Fall natürlich rasch verloren. Der Procentsatz der Heilung von Perforation ist, glaube ich, bis jetzt 2½ Procent, was aber absolut nicht mit dem Eingriff zusammenhängt oder mit der Schwierigkeit, die Perforation zu finden oder chirurgisch zu behandeln, sondern hauptsächlich mit der Schwierigkeit der Wahl des richtigen Momentes der Operation. Man kann daraus nur den Schluss ziehen, dass diese Fälle, die selbstverständlich mit grosser Auf-

merksamkeit beobachtet werden müssen, doch immer auf die Möglichkeit einer Perforation angesehen werden sollen, umsomehr da der Eingriff als solcher für den Patienten nicht so sehr schwer ist, besonders wenn er unter localer Anaesthesie gemacht wird. — Dr. Hoffmann: Ich möchte eine kurze Bemerkung machen zu dem was College Kaufmann in Bezug auf die Milch gesagt hat. Ich bin nicht der Ansicht, dass die Milch an sich als diätetisches Mittel bei Typhus schädlich ist, aber ich glaube, sie ist in gewisser Form schädlich. Wenn ein Typhuskranker eine Tasse Milch rasch hinunter trinkt, so gerinnt das Casein in seinem Magen zu einem festen Körper, zu einem Stück Käse. Wenn aber dis Milch vermittelst eines Löffels oder einer Glasröhre sehr langsam genommen wird, so geht das Casein eine feinflockige Gerinnung ein und bietet den verdauenden Medien eine grosse Angriffsfläche. Es kommt eben darauf an, wie sie genommen wird. — Dr. L. Ewald: Ich möchte einige kurze Bemerkungen über Differential-Diagnose zwischen Typhus und Sepsis im Wochenbett machen. Ich habe in den letzten drei Jahren drei Fälle von Typhus im Wochenbett beobachtet und mich nach der Literatur umgesehen. Einige Autoren, wie Albrecht, erwähnen nichts. Im Schröder'schen Lehrbuch ist unter dem Namen acutes Exanthem davon die Rede. Riegel erwähnt es mit dem Bemerken, dass er drei bis vier Fälle beobachtet habe, und sagt, dass die Diagnose von Typhus sehr leicht ist. Dieser Ansicht kann ich mich nicht anschliessen. Von den drei Fällen, die ich gesehen habe, möchte ich kurz einen mittheilen. Es war im Winter 1900 in der Greifswalder Klinik. Es handelte sich um eine 33jährige Erstgebärende. Die Geburt verlief rasch, sie dauerte vier Stunden. Ein Dammriss im Darm wurde genäht. Die Geburt fand am Morgen statt und schon am Abend fiel die Temperatur auf 39. Das Fieber dauerte drei bis vier Tage an, und vier Tage war die Diagnose im Schwanken. Als aber dann die Dammwunde sich als inficirt erwies, glaubte man, die Diagnose als fest annehmen zu können. Das Fieber dauerte zehn Tage weiter an, und am vierzehnten Tage erfolgte Exitus unter Delirium. Die Aufregung in der Klinik war ziemlich stark, und Alle waren auf den Ausfall der Autopsie sehr gespannt. Die Autopsie erwies einen typischen Fall von Typhus. Typhusgeschwüre u. s. w. Nebenbei zeigte sich Endometritis diphtherica, und in dem Belag wurden Loeffler'sche Bacillen nachgewiesen. Der zweite Fall war ein septischer Abort im vierten Monat, und die Diagnose wurde erst drei Wochen nach Ausräumung des Uterus auf Typhus gestellt. Den dritten Fall habe ich hier in New York gesehen. Die Patientin hatte eine Frühgeburt im siebenten Monat. Fieber sofort nach der Geburt. Diagnose Sepsis. Die Patientin starb 14 Tage nach der Geburt. Die Widal'sche Reaction ergab ein negatives Resultat. Die Autopsie zeigte einen typischen Fall von Typhus. Was allen Fällen

gemeinsam war, war die enorme Höhe des Pulses. Wie Dr. Seibert mir vor 14 Tagen mittheilte, hat er einen ähnlichen Fall von enormer Höhe des Pulses bei Typhus im Wochenbett in Consultation gesehen. Ich möchte ausdrücklich auf dieses Symptom hinweisen. Es mag sein, dass dasselbe in meinen Fällen durch die typhöse Affection des Uterus erfolgte. Diese Fälle haben eine enorme Wichtigkeit nicht nur für die therapeutische Seite, sondern auch in forenischer Beziehung. Erfolgt bei solchen Geburten, wo nach Typhus nicht gefahndet wird, eine geburtshilfliche Operation, stirbt der Fall, folgt keine Autopsie, so kann die ganze Stellung des Arztes verdorben werden. — Dr. Hermann G. Klotz: Wenn ich nicht irre, ist bei den Vorträgen eine Gruppe von Organen ziemlich stiefmütterlich behandelt worden, die doch in der Behandlung des Typhus eine wichtigere Rolle spielt, als man daraus schliessen könnte, ich meine das uropoetische System. Es ist bekannt, welch wichtige Rolle die Nieren bei allen Infectionskrankheiten spielen, nämlich bei der Elimination der Bacterien. Andererseits ist besonders in jüngster Zeit vielfach darauf aufmerksam gemacht worden, dass der Urin in der Blase in grosser Menge Typhusbacillen enthält, und dass dies nicht nur für den Patienten selbst von Wichtigkeit ist, sondern vom Standpunkte der allgemeinen Hygiene zu berücksichtigen ist. Es ist ja bekannt, dass der Typhus zuweilen unter dem Bild einer Nierenentzündung, einer acuten Nephritis, auftreten kann. Ich habe selbst einen solchen Fall beobachtet, wo der Patient, der vorher unter meiner Beobachtung gewesen, plötzlich mit hohem Fieber und allen Erscheinungen einer acuten Nephritis, bes. hohem Eiweissgehalt, erkrankte. Nachdem diese nach einigen Tagen rasch herabgegangen waren, entwickelte sich das Bild eines regelmässigen Typhus, den jedoch ein geringer Eiweissgehalt des Urins noch lange überdauerte. Solche Fälle sind nicht so vereinzelt. Deswegen hielt ich es für passend, die Aufmerksamkeit auf diesen Punkt zu lenken. — Dr. A. Ripperger: Es sind mir bei dem vor vier Wochen von Dr. Stein gehaltenen Vortrag mehrere Punkte aufgefallen, von welchen mir jedoch zur Zeit nur mehr zwei in Erinnerung sind. Der eine betrifft die Häufigkeit der Diarrhoe bei Typhus. Wenn ich mich recht erinnere, sagte Dr. Stein, dass ungefähr ein Drittel der Typhusfälle in Deutschland mit Diarrhoe verläuft. Ich glaube, dass diese Angabe doch nicht ganz richtig sein dürfte. Im Gegentheil ist Diarrhoe bei Typhus in Deutschland ein so häufiges Vorkommniss, dass man dort als die drei Cardinalsymptome, auf die die Diagnose Typhus sich stützt, die Trias: Milzschwellung, Roseola und Durchfall aufgestellt hat. Ebenso betonen die meisten deutschen Autoren das häufige Vorkommen der Diarrhoe bei Typhus gegenüber der nur seltener denselben begleitenden Verstopfung. So giebt Romberg in einer neueren Arbeit an, dass nur nahezu ein Fünftel aller Typhusfälle mit Verstopfung

verläuft, während die übrigen Fälle von mehr oder minder schweren Diarrhoen begleitet sind. Ich selbst habe, so weit ich mich erinnere, nie einen Typhusfall in Deutschland beobachtet, der vollständig mit Verstopfung verlief. Der zweite Punkt, der mir aufgefallen war, betrifft die Differentialdiagnose zwischen Typhus und Influenza. Dr. Stein sagte, er könne Leichtenstern nicht beistimmen, wenn dieser angebe, dass die Differentialdiagnose zwischen beiden Krankheiten wenig Schwierigkeiten biete. Ich möchte mich hier doch der Ansicht Leichtenstern's anschliessen, der sagt, dass es eine Anzahl von Influenzafällen giebt, die oft an Typhus erinnern, dass ihm jedoch kein Fall bekannt geworden ist, wo in der Diagnose, ob Typhus oder Influenza, längere Zeit ein Zweifel bestanden hätte. Nach Leichtenstern ist der plötzliche Beginn mit Schüttelfrost der Influenza in so hohem Maasse eigenthümlich, dem Typhus aber so fremd, dass allein hieraus, von den anderen vielen differentialdiagnostischen Zeichen abgesehen, die Entscheidung mit Sicherheit hervorgeht. In ganz ähnlicher Weise hatte ich mich schon früher in meiner vor zehn Jahren erschienenen Monographie über die Influenza ausgesprochen und betont, dass der Abdominaltyphus nur zu Beginn der Erkrankung zu Verwechslungen mit Influenza Anlass geben kann. Milztumor und Roseolen können zur Differentialdiagnose nicht verwendet werden, da ersterer häufig auch bei Influenza nachgewiesen werden kann und auch Roseolen bei Influenza, allerdings selten, beobachtet worden sind. Dr. Stein hat ferner die Bradycardie als ein constantes Vorkommniss bei Influenza erwähnt. Diese Ansicht ist eine irrige. Die Bradycardie ist kein constantes Symptom der Influenza und kann daher differentialdiagnostisch in keiner Weise verwerthet werden. — Dr. William Hirsch: Ich wollte mir erlauben, auf einige Punkte hinsichtlich der Typhus-Psychosen hinzuweisen. Dass sowohl im Anschluss an den Typhus als auch während des Verlaufs der Krankheit Psychosen zur Beobachtung kommen, ist allgemein bekannt. Man kann die Psychosen, welche mit dem Typhus in Verbindung stehen, in zwei grosse Klassen eintheilen, und zwar in solche Psychosen, bei denen der Typhus nur einen aetiologischen Factor bildet, und in solche, bei denen das psychische Organ direct von der Typhusintoxication betroffen ist. Im ersteren Falle entwickelt sich nach überstandenem Typhus in Folge der allgemeinen Schwächung eine Psychose, die irgend eine beliebige Form annehmen mag. Es mag sich dabei um eine acute Melancholie, eine acute Manie oder irgend eine von den acuten functionellen Psychosen handeln. Wesentlich anders liegt die Sache bei jenen Psychosen, bei denen wir das Typhus-Virus als directen Krankheitserreger ansehen müssen. Es wurde ja während der Discussion bereits mehrfach hervorgehoben, dass jedes einzige Organ des Körpers der Sitz der infectiösen Typhuserkrankung werden kann und es bildet mit-

hin das psychische Organ dabei keine Ausnahme. Psychische Störungen während des Typhus, d. h. solche Störungen, die man im allgemeinen als Fieberdelirien bezeichnet, sind ja beim Typhus Gang und Gäbe. Jeder Arzt weiss, dass er bei hoher Temperatur psychische Störungen, Fieberdelirien zu erwarten hat. Wie, so fragt es sich nun, können wir differentiren zwischen den gewöhnlichen Fieberdelirien und einer ausgesprochenen Psychose, die sich während des Verlaufs des Typhus entwickelt? Was sind ferner die prognostischen Momente quoad sanationem und quoad vitam, wenn es zu einer ausgesprochenen Psychose kommt? Die Form der Psychose, welche nicht nur der Typhus, sondern jede Infectionskrankheit im Stande ist, auszulösen, ist diejenige, für die ich mich seit lange bemüht habe, einen vor geraumer Zeit vorgeschlagenen und wieder in Vergessenheit gerathenen Namen in Gebrauch zu bringen, nämlich die Bezeichnung Dysphrenie. Die Dysphrenie stellt somit nicht eine specielle Krankheit dar, sondern jene Gruppe von Psychosen, die man gewöhnlich grösstentheils als Infectionspsychosen zu bezeichnen pflegt. Ich halte die Einführung dieser Bezeichnung Dysphrenie darum für sehr zweckmässig, weil dadurch diese Psychosen eo ipso von allen primären Psychosen, wie Melancholie, Manie u. s. w. getrennt werden. Wenn wir die Diagnose Dysphrenie stellen, so wissen wir, es handelt sich dabei um eine secundäre Erkrankung des psychischen Organs infolge einer somatischen Ursache, womit freilich noch nicht gesagt ist, welcher Art diese Infection ist oder wo sie herrührt. Diese Diagnose Dysphrenie kann mit absoluter Sicherheit aus dem psychischen Krankheitsbilde gestellt werden ohne irgend welche Berücksichtigung somatischer Symptome. Das Characteristische der Dysphrenie ist ein jäher Wechsel des psychischen Bildes. Stürmische maniakalische Erscheinungen, hallucinatorische Delirien, tiefer Stupor und schwere Depressionszustände wechseln mit grosser Schnelligkeit. Unterbrochen sind diese Zustände von luciden Intervallen, die sich auf Stunden und Tage ausdehnen mögen, nur um dann wieder einem stürmischen psychopathischen Bilde Raum zu geben. Man hat in jüngster Zeit versucht, diese verschiedenen Psychosen, die ich unter dem Namen Dysphrenie zusammenfasse, in Bezug auf ihr klinisches Bild zu sondern und aus den psychischen Krankheitssymptomen auf die Art der Infection zu schliessen. Die Frage ist daher, können wir heute aus den klinischen Symptomen eine Typhus-Dysphrenie von anderen Dysphrenien unterscheiden? Soweit sind wir nun noch nicht. Wir können heute höchstens sagen, dass es sich um eine Intoxicationspsychose handelt. Wenn wir aber die Anamnese des Falles nicht kennen und keine sonstigen somatischen Symptome berücksichtigen, wäre es nicht möglich, lediglich aus den psychischen Symptomen zu sagen, es handelt sich hier um Typhus-Dysphrenie. Wohl aber können wir sagen, es handelt sich um eine Dysphrenie, und nicht um ein einfaches Fieber-

delirium. Diese gehen meistens mit hohem Fieber einher. Es kommen wohl auch bei niedrigen Temperaturen während des Verlaufs des Typhus einzelne psychische Störungen vor, die eigentlichen Fieberdelirien stehen aber im genauen Verhältniss zur Temperatur. Bei der Dysphrenie ist dies beinahe umgekehrt. Die psychischen Symptome stehen gewissermaassen im umgekehrten Verhältniss zur Temperatur. Eine niedrige, selbst subnormale Temperatur geht mit höchst stürmischen psychischen Symptomen einher, und überall da, wo dieses Verhältniss zur Beobachtung kommt, kann man mit ziemlicher Sicherheit sagen, dass eine Typhuspsychose im Anzuge ist. Es giebt hierfür verschiedene Theorien. Man hat z. B. angenommen, dass das Wärmecentrum durch die Gehirnerkrankung in einen Hemmungszustand versetzt wird. Prognostisch sind solche Psychosen in der Regel günstig, d. h. die Psychose endet stets in Genesung, falls der Kranke nicht an seinem Typhus zu Grunde geht. Fast nie entwickeln sich chronische Psychosen aus der Dysphrenie. Die Gefahr einer secundären Paranoia oder sonstigen chronischen Psychose ist fast ausgeschlossen. Wenn der Kranke von seinem Typhus gesund wird, genest er auch von seiner Psychose, obwohl letztere nicht mit dem Abchluss des Typhus ihr Ende erreicht. Wenn die Diagnose Typhus-Dysphrenie einmal gestellt ist, kann man sich darauf gefasst machen, dass es nach Ablauf des Typhus noch zwei bis drei Monate dauert, bis die Psychose ihr Ende erreicht. Trotzdem ist, wie gesagt, die Prognose günstig. Freilich wird die Prognose des Typhus als solche durch die Complication einer schweren Psychose etwas ungünstiger. Ganz besonders ungünstig quoad vitam gestaltet sich die Prognose, wenn sich bei sehr niedriger, vielleicht subnormaler Temperatur ein mussitirendes Delirium herausbildet. Ich habe eine Anzahl solcher Fälle schnell zu Grunde gehen sehen. Von besonderer diagnostischer Bedeutung ist die Typhuspsychose, wenn sie zu Beginn des Typhus eintritt. Ein Mensch z. B., der bis dahin ganz gesund war, bekommt plötzlich einen, wie es allgemein genannt wird, maniakalischen Anfall. Er wird in eine Irrenanstalt gebracht, und sehr häufig findet man dann nach vier bis fünf Tagen eine Roseola, geschwollene Milz u. s. w., und der Patient macht einen ganz regulären Typhus durch. Die Psychose überdauert den Typhus in der Regel noch um zwei bis drei Monate, um schliesslich dann den Kranken vollständig genesen zu lassen. Diese Fälle sind nicht so selten, wie man im allgemeinen anzunehmen geneigt ist und kommen auch bei anderen Infectionskrankheiten zur Beobachtung. Ich habe eine Reihe von Dysphrenien dieser Art gesehen, bei denen die Diagnose der zu Grunde liegenden Infectionskrankheit zu Beginn überhaupt nicht gestellt werden konnte. Die Fälle verliefen unter dem Bilde einer sogenannten „acuten Manie", und erst später entwickelte sich daraus die Infectionskrankheit. Es ist darum von der allergrössten

Wichtigkeit, diese Fälle nicht als acute Manie zu bezeichnen, sondern aus den psychischen Symptomen die Diagnose Dysphrenie zu stellen, und ich bin der Ansicht, dass man dies kann. Eine acute Manie ist von einer Dysphrenie verschieden, und wenn die Diagnose Dysphrenie von Anfang an gestellt wird, sollen wir unsere Augen offen halten und auf eine zu Grunde liegende Infectionskrankheit fahnden. Freilich sind wir heute noch nicht in der Lage, aus den psychischen Symptomen allein auf Typhus oder Malaria oder eine sonstige Infectionskrankheit zu schliessen. Vielleicht kommen wir einmal dahin, denn diese Fälle sind durchaus noch nicht genügend beobachtet worden, und es ist daher zu hoffen, dass es einst gelingen wird, einfach aus den psychischen Symptomen die specielle Infectionskrankheit zu diagnosticiren. — Dr. A. Rose: Nur eine kurze Bemerkung eine Beobachtung von Gerhardt anzuführen, die hier von Interesse sein dürfte. Gerhardt glaubt, dass eine grosse Procentzahl von den an Typhus Sterbenden in Folge der gebräuchlichen monotonen animalischen Nahrung an Scorbut zu Grunde geht. Dies schien mir mehr und mehr einleuchtend, nachdem ich diese Ansicht mit meinen Beobachtungen und den Beobachtungen die man in neuerer Zeit über Scorbut bei Kindern gemacht, verglichen. Scorbut bei Kindern ist auf monotone Diät zurückzuführen. Besonders häufig ist Scorbut beobachtet worden, wo die künstlichen Ersatzmittel der Muttermilch, die Kindermilch gegeben wurden und die ausschliessliche Nahrung gebildet hatten, aber auch nach alleinigem Gebrauch sterilisirter Milch, und selbst gewöhnlicher Milch, roh oder gekocht, wenn diese die ausschliessliche Nahrung gewesen, hatte sich Scorbut eingestellt. Wie monotone animalische Diät zu Scorbut Veranlassung geben kann, zeigt sich nun besonders deutlich in zwei Fällen: Ein Arzt vom Lande brachte mir einen Jüngling, der sehr kräftig und im allgemeinen gesund war, der aber seit langer Zeit an Zahnblutungen und necrotisirenden Zahngeschwüren litt. Die Geschichte des Kranken, der Zustand der Geschwüre machten es leicht, die Diagnose auf Scorbut zu stellen. Patient ist irländischer Abstammung, der Vater ist Grocer, die Familie lebt in guten Verhältnissen. Des Patienten Nahrung, d. h. die er sich selbst ausgewählt, bestand ausschliesslich aus Fleisch, und ausser Kartoffeln ass er kein Gemüse. Die antiscorbutische Behandlung, die ich vorschlug, hatte auffallend prompten, günstigen Erfolg. Merkwürdigerweise kam zwei Wochen nachdem ich diesen Patienten zuerst gesehen, eine junge Dame aus derselben Familie zu mir, die nicht im gleichen, sondern in einem weit entfernten Ort wohnt, ebenfalls mit allen Symptomen von Scorbut. Ihre Nahrung war so ziemlich dieselbe einseitige gewesen, wie die ihres Vetters, eine Art der Nahrung wie wir sie hie und da unter den jungen Leuten in Familien irländischer Abstammung finden. Auch diese Patientin wurde sehr bald durch antiscorbutische Behandlung — entsprechende Diät und Bierhefe

— geheilt. Gerhardt empfiehlt bei Typhus recht bald frische, grüne Gemüse der Nahrung zuzufügen, er erwähnt besonders Spinat; er glaubt, dass die Blutungen, die in den letzten Wochen auftreten, wohl auf Scorbut in Folge einseitiger scorbutischer Nahrung zurückzuführen sind, besonders schuldigt er die monotone Milchdiät an. All das stimmt überein mit dem was Dr. Seibert über seine Behandlungsweise des Typhus in Bezug auf Diät — Ausschluss der Milch und vegetabilische Nahrung statt derselben veröffentlicht hat. Nun möchte ich noch Herrn Dr. Hirsch, den Präsidenten und die anderen Neurologen um Verzeihung bitten, wenn ich behaupte, dass Psychose im wörtlichen Sinne gar nichts mit Typhus zu thun hat. Und diese Behauptung will ich vor der ganzen Welt vertheidigen. Psychose heisst einfach Animation, Beseelung. Es ist also nicht wissenschaftlich, von Psychose als einer Erscheinung zu prechen, die bei Typhus auftritt, und es sollte endlich an der Zeit sein, dergleichen, was nicht wissenschaftlich ist, aus der Wissenschaft auszustossen. Ich meine den unrichtigen Gebrauch griechischer oder griechisch sein sollender Wörter. — Dr. M. Markievicz: Eine solche Debatte wurde in der Leipziger medicinischen Gesellschaft des Jahres 1899 geführt und zwar hielt Prof. Curschmann da den Vortrag, und Dr. His jun. führte die Debatte und wies nach, dass die Gruber-Widal'sche Reaction in der ersten Woche absolut gar nicht eintritt; zweitens, dass sie bei Tuberculose negativ ausfällt, und drittens, dass Typhus auch ohne diese Gruber-Widal'sche Reaction bestehen kann. Auch Curschmann leugnete es nicht. Dr. Filipovitsch in Odessa, welcher im Jahre 1892 und '98 zwei Epidemien mitmachte, machte uns auf ein neues und *constantes* Symptom aufmerksam. Es ist das Palmoplantar-Zeichen. Die hervorspringenden Theile der Vola palma und Planta pedes nehmen mit Eintritt des Typhus orangen- oder citronengelbe Flecke an, welche mit Eintritt der Reconvalescenz verschwinden. Als Aetiologie giebt er an, dass die Capillaren unvollständig gefüllt, weil die Herzaction eine schwache sei. — Dr. I. Adler (Schlusswort): Ich muss zunächst bedauern, dass Dr. Stein nicht hier ist. Wie Sie wissen, ist er schwer verletzt und krank und kann daher nicht kommen, ich bin aber in der erfreulichen Lage, Ihnen mitzutheilen, dass es ihm besser geht. Ich bedauere ferner, dass es mir persönlich trotz eifrigem Bemühen nicht möglich war, bei dem Vortrag von Dr. Mannheimer und Dr. Seibert zugegen zu sein. Wenn mir nun die Aufgabe zugetheilt wurde, das Schlusswort in dieser Debatte zu führen, so können Sie nicht von mir verlangen, schon mit Rücksicht auf die ausserordentlich vorgerückte Zeit und um so mehr, da ich zwei wichtige Vorträge habe versäumen müssen, dass ich das ganze reichhaltige Material, welches heute Abend und in der vergangenen Sitzung vorgelegt wurde, hier durchgehe. Ich glaube, dass es ganz ausreicht und

wir uns darin sehr kurz fassen können, wenn wir uns die Frage vorlegen: Was ist aus diesem ganzen Material, das uns vorgelegt wurde und das die Arbeit der wissenschaftlichen Welt in den letzten 10 bis 15 Jahren in vielen Beziehungen zusammenfasst, für unser Wissen und Können hervorgegangen? Für unser Wissen ist unzweifelhaft ganz enorm viel hervorgegangen. Wir haben in den letzten Jahren in allem, was wir über Typhus wissen, kolossale Fortschritte gemacht, in der ganzen Bacteriologie, der pathologischen Anatomie u. s. w. Wir haben heute Abend durch den lehrreichen Vortrag von Dr. M e l t z e r gehört, in welch ungemein wichtiger Weise die Lehre vom Paratyphus in die Lehre vom Typhus eingreift. Dann kommt die Lehre von den Metastasen u. s. w. Kurz, unser Wissen über alles, was den Typhus betrifft, ist in jeder Weise gefördert worden. Wie verhält es sich aber mit unserem Können? Was hat der Practiker, der practische Arzt am Krankenbett von all diesen ausserordentlich grossartigen Forschungen der letzten Jahre profitirt? Ja, wir practischen Aerzte alle müssen darin übereinstimmen, dass der Arzt am Krankenbett heute ungefähr gerade noch so dasteht, wie vor zehn Jahren. Wir suchen heute noch vergebens nach einem sicheren Mittel für Frühdiagnose. Die Hoffnungen, welche auf die Diazoreaction gesetzt worden sind, haben uns im Stich gelassen. Gerade wo wir ein sicheres differentialdiagnostisches Mittel wünschen, lässt diese Reaction im Stich. Die Hoffnungen, die sich auf die G r u b e r-W i d a l'sche Reaction gegründet haben, haben auch im Stich gelassen. Wir machen heute die Diagnose lange, ehe die W i d a l'sche Reaction positiv ausfällt. Heute haben wir erfahren, dass da, wo dieselbe positiv ausfällt, nicht immer Typhus ist. Ich will an der Wichtigkeit, der Bedeutung, der W i d a l'schen Reaction nicht rütteln. Sie ist für uns ein wichtiges Bestätigungsmittel, und wo sie schliesslich positiv ausfällt, wissen wir auch mit den ausserordentlich wenigen Ausnahmen, die Dr. M e l t z e r bezeichnet hat, ganz sicher, dass es sich um Typhus gehandelt hat, aber für Frühdiagnose und Diagnose in dem Zeitpunkt, wo es für den Practiker am wichtigsten ist, lässt die W i d a l'sche Reaction vollständig im Stich. Wir sind heute noch ebenso gezwungen, die Typhusdiagnose zu machen per exclusionem, durch tagelang fortgesetzte Beobachtung alles andere Mögliche auszuschliessen, wie wir es vor 10 bis 20 Jahren gewesen sind, und wir quälen uns immer noch mit dem schauderhaft peinlichen Gedanken, ob nicht doch etwas anderes vorliegt, und können uns nicht helfen. Ebenso hat uns alle andere Bereicherung unserer Kenntniss in der Praxis im Stich gelassen. Das trifft auch für die Behandlung zu. Ich habe leider Dr. M a n n h e i m e r's Vortrag nicht hören können, aber nach allem, was ich als practischer Arzt selber sehe und in der Literatur finde, scheint mir die Behandlung, mit wenig Schwankungen hin und her, doch noch gerade so zu sein, wie sie immer in

der letzten Zeit gewesen ist. Der Eine glaubt bessere Erfolge bei dieser Methode zu sehen, der Andere bei jener, der Eine badet ausschliesslich, der Andere giebt Antipyretica, der Eine macht Darmspülungen, der Andere nicht, der Eine giebt Milch, der Andere Fleisch, der Eine füttert mehr, der Andere weniger, und doch werden die Typhusfälle gesund oder sterben, wie es scheint, ziemlich unabhängig von der Behandlung. Es ist doch auffallend, dass man heutzutage nicht mehr von Diphtheriebehandlung hört. Wir haben früher von Diphtheriebehandlung so viel gehört und gelesen und haben uns alle so gequält; heute hört man von Diphtherie nichts mehr. Es wird nichts mehr darüber geschrieben, weil wir das specifische Antitoxin haben. Ob ähnliches für Typhus gelingen wird und in so kurzer Zeit, wie Dr. Stein prophezeit hat, ist, obschon möglich, doch noch fraglich. Als ich im Jahre 1892 im Koch'schen Institut war, hat man mir ein Typhusserum gezeigt, das bei einer grossen Anzahl von Typhuskranken angewendet wurde und die Höhe der Temperatur regelmässig herunterbrachte, so dass die Typhuskranken thatsächlich ohne Fieber waren, aber sie starben an Typhus oder wurden gesund, gerade wie die, welche ohne dieses Serum behandelt wurden. In der letzten Zeit ist sehr viel von dem Tavel-Serum, das in Zürich zur Anwendung kam, die Rede gewesen, und so viel ich mich erinnere, hat Dr. Stein in seinem Vortrag dies mit grösster Freude begrüsst. Das scheint aber auch schon ein Ding der Vergangenheit zu sein, wenigstens sind die Erfolge keine versprechenden, und es sind so viele abfällige Urtheile darüber erschienen, dass die Sache wohl auch in der nächsten Zeit verschwinden wird. Wir stehen also, ich glaube das im Sinn aller practischen Aerzte zu sagen, in der Typhusbehandlung noch ungefähr da, wo wir gestanden haben. Ich habe keine Zeit, bei der so vorgerückten Stunde auf Details der Diagnostik einzugehen. Es wären da eine Anzahl Punkte betreffs Diagnostik und Behandlung, über die ich mich gern ausgelassen hätte, aber die Zeit ist zu vorgerückt. Es scheint mir aber, abgesehen von dem rein wissenschaftlichen, dass wir doch einen Fortschritt gemacht haben, nämlich in dem epidemiologischen Theil. Dr. Stein hatte in seinem Vortrag mit grosser Beredsamkeit auf dieses hingewiesen. Wir wissen jetzt, dass der Typhus nicht durch den Boden, durch Einathmung u. s. w. in uns hineingeräth, wir wissen, dass wir die Bacillen essen oder trinken müssen. Damit ist eine grosse Handhabe gegeben. Unter solchen Umständen sollte es möglich sein, auch ohne specifische Behandlung durch Erleuchtung des Publikums und sanitäre Maassregeln den Typhus doch allmählich auszurotten. Die Prophylaxe scheint mir im Augenblick viel versprechender zu sein, als die eigentliche Behandlung. Herr Dr. Jacobi hat in dem Brief, der heute Abend verlesen wurde, auf etwas hingewiesen, was ich mir vorgenommen hatte, gerade bei diesem Schlusswort in Anregung zu brin-

gen. Es wäre eine schöne That von dieser Gesellschaft, wenn dieselbe einmal die Initiative ergriffe, um in unserer Stadt auf eine richtige Prophylaxe des Typhus hinzuwirken, und die Mittel anzustreben, die so leicht auszuführen sind und die wir alle im Sinn haben. Wir bekommen vom ersten Januar an eine sogenannte Reformverwaltung. Wäre es da nicht vielleicht möglich, dass endlich ein städtischer Filtrirapparat ins Werk gesetzt würde? Und wäre es nicht möglich, dass unter dem neuen „Health-Board" ebenso wie für Diphtherie und Tuberculose Cirkulare unter dem Volk verbreitet werden könnten, die darauf aufmerksam machen, was man essen und nicht essen sollte, um der Typhusgefahr zu entgehen. Es wäre doch sehr schön, wenn unsere Gesellschaft hierzu die Initiative ergriffe, und es wäre vielleicht ein würdiger Schluss dieser Sitzung und dieser Discussion, wenn diese Gesellschaft eine Commission ernennen würde, die etwa auf dem Boden der Vorschläge, die Dr. Stein in seinem Vortrag schon formulirt hat, ein Memorandum ausarbeite, um dasselbe dem neuen Health-Board vorzulegen und etwas Agitation und „Public Opinion" dafür zu machen.

Präsident Dr. Geo. W. Jacoby: Die von Dr. Adler angeregte Sache ist so wichtig, dass wir sie eigentlich als specielles Thema in der nächsten Sitzung behandeln sollten, wenn aber die Herren bereit sind, heute ohne Debatte darüber abzustimmen, so kann das geschehen.

Die Versammlung beschliesst, sofort über die Frage schlüssig zu werden, und beschliesst, demnächst dem Vorschlag des Dr. Adler gemäss, dass ein Comité von fünf oder sieben, mit dem Rechte sich zu ergänzen, vom Präsidenten ernannt werde, um in der Angelegenheit die nöthigen Schritte zu thun.

Präsident Dr. Geo. W. Jacoby: Ich habe noch mitzutheilen, dass die Herren Dr. F. Maas und Dr. Geo. J. Mueller mit 33 Stimmen zu Mitgliedern der Gesellschaft gewählt worden sind.

Die Beamtenwahl hat das folgende Resultat ergeben: Präsident, Dr. G. W. Jacoby; Vice-Präsident, Dr. Louis Heitzmann; protocollirender Secretär, Dr. John A. Beuermann; stellvertretender protocollirender Secretär, Dr. A. Ripperger; correspondirender Secretär, Dr. F. J. Leviseur; Schatzmeister, Dr. S. Breitenfeld; Aufnahme-Comité, Drs. J. W. Gleitsmann, H. G. Klotz, F. Lange, Willy Meyer, und A. Seibert.

Schluss und Vertagung.

Dr. John A. Beuermann, prot. Secretär.

Correspondenz.

An die Redaktion der New Yorker Medicinischen Monatsschrift.

Geehrter Herr Redakteur!

Am 4. October 1897 berichtete ich in der Sitzung der Deutschen Medicinischen Gesellschaft über zwei Fälle von *Hypospadie,* bei welchen ich ein völlig neues Princip, nämlich die Loslösung und Vorwärtsdislocirung der Harnröhre angewendet hatte. Die Befestigung derselben an der Eichelspitze hatte ich in dem einen Falle (junger Mann) dadurch erzielt, dass ich durch Längsanfrischung der Eichelränder zwei Lappen schuf, welche emporgehoben und über der hineingezogenen Harnröhre wieder vereinigt wurden, während ich in dem anderen Falle (Kind) den Wundkanal in der Eichel durch die einfache aber weniger exact gelungene Durchstechung herstellte. Ein kurzes Referat hierüber erschien in der Novembernummer 1897 Ihrer Monatsschrift.

Am 29. Januar 1898 beschrieb und illustrirte ich diese meine Dislocirungsmethode im New York Medical Journal, und im Februar sandte ich unter Anderen auch Herrn von Hacker in Innsbruck einen Sonderabdruck. Wie ich während meiner im Frühling desselben Jahres unternommenen Europareise erfahren konnte, war auf Grund dieser Veröffentlichungen meine Methode schon im April 1898 in deutschen Kliniken ausgeführt worden.

Wie gross war daher mein Erstaunen, als ich beinahe ein ganzes Jahr nach meiner ersten Veröffentlichung aus den Beiträgen zur klinischen Chirurgie (Bd. XXII, erstes Heft) ersah, dass Herr von Hacker diese Thatsachen völlig ignorirte und nur am Schluss seiner einzig dastehenden Publication nebenbei erwähnte, dass er während der Abfassung seiner Arbeit gehört habe, dass ein gewisser Beck in Amerika einen ähnlichen Plan verfolgt habe. Eine weitere Complication ergab sich dadurch, dass ungefähr zur selben Zeit Herr Breuer von der Bardenheuer'schen Klinik mein Verfahren dahin modificirte, dass er statt des Messers den Trocar substituirte. Herr von Hacker lehnte sich dagegen selbstverständlich auf, und so wurden die Leser des Centralblattes für Chirurgie (Jahrgang 1898, No. 49) Zeugen des interessanten Schauspiels, dass Herr von Hacker und Herr Breuer sich um die Priorität meines Verfahrens auf das Erbittertste befehdeten. Dass Herr von Hacker in sei-

ner Capitulationsforderung, welche er in No. 1, Jahrgang 1899 des Centralblattes für Chirurgie an Herrn Breuer ergehen liess, meinen Namen sorgfältig verschwieg, wird nunmehr nicht mehr Wunder nehmen.

Ich hatte nun im Vertrauen darauf, dass angesichts meiner Veröffentlichungen die Angelegenheit sich durch einen bescheidenen Hinweis auf dieselben klären würde, geglaubt, dass eine kurze in einem hervorragenden deutschen Jorunal (Centralblatt für Chirurgie) veröffentlichte Mittheilung genügen würde, meine Ansprüche klar zu stellen. Ich erkannte aber bald, dass ich mich darin vollständig geirrt hatte, und so sah ich mich in die unangenehme Nothwendigkeit versetzt, energisch zu protestiren.

Es gereicht Herrn Breuer zur Ehre, in einem alsbald an mich gerichteten Schreiben meine Priorität anerkannt zu haben. Herrn von Hacker jedoch zolle man für die Geschicklichkeit mit welcher er dem Erfinder der Harnröhrendislocirungsmethode gnädigst in einem Zipfel seiner literarischen Frackschösse ein Plätzlein gönnte, alle Anerkennung. Denn während die europäischen Aerztejournale von meinem Verfahren, wie es schon im October 1897 bekannt gemacht worden war, kaum Notiz genommen hatten, erschien es, mit der Marke von Hacker versehen, ganz brauchbar. Dass meine Proteste in Deutschland ungehört verhallten, da sie zu spät kamen, geht daraus hervor, dass die neuesten deutschen Lehrbücher meine Methode zwar ausgedehnt berücksichtigen, über meine Ansprüche jedoch gar nicht oder nur mangelhaft unterrichtet sind. Zuckerkandl ist zwar in seinen ausgezeichneten Operationslehren so gütig, mir hinter v. Hacker einen Platz zu gönnen. Das berühmte Werk von Tillmanns stellt ebenfalls v. Hacker bedeutend in den Vordergrund und zeigt vier Illustrationen von Breuer, während von meinen gar keine Notiz genommen wird. Der einzige, welcher mir wenigstens das Verdienst zuerkennt, dass die Methode von mir „zuerst" angegeben wurde, ist Koenig, der indess bei oberflächlicher Betrachtung ebenfalls den Eindruck hinterlässt, als ob doch von Hacker es wenige Tage später veröffentlicht hätte. Das bereits weit verbreitete Handbuch der practischen Chirurgie, herausgegeben von von Bergman, V. Bruns und v. Mikulicz, lässt von Bramann sagen: „Das Verfahren von Beck ist unabhängig von diesem und in ähnlicher Weise von von Hacker und Bardenheuer zu gleicher Zeit ungefähr ersonnen worden."

Dass der distinguirte Verfasser nicht die Zeit fand, den literarischen Thatsachen auf den Grund zu gehen, ist aus seinem Literaturverzeichniss ersichtlich, worin er citirt: „Beck, Zur Heilung der Eichelhypospadie, New Yorker Medicinische Monatsschrift 1897, 1898., Ref. aus Centralblatt f. d. Harn- und Sexualorgane." Denn das Centralblatt bringt leider im Jahre 1897 überhaupt kein Referat über mein Verfahren, sondern nur im Jahre 1898, pag. 644. Dieses Referat ist aber gar nicht von der Med. Monatsschrift 1897, sondern vom New York Med. Journal, 29. Januar 1898. Die erstere ist überhaupt und vielleicht weil ich davon keine Sonderabdrücke aussandte, von der deutschen Presse ignorirt worden. Wenn aber, wie von Hacker in seiner ersten Veröffentlichung (Beiträge zur Chirurgie, Bd. XXIV, erstes Heft) selbst eingesteht, „seine" Operation erst im Mai 1898 ausführte, so ist doch mit der Nennung vom Jahre 1897 logischer Weise schon zugegeben, dass meine Veröffentlichung beinahe ein ganzes Jahr früher geschah, und das kann man, selbst wenn der atlantische Ocean als Büsserbrücke des trefflichen Grauthierchens, wie so oft à propos kommt, nicht als „ungefähr zu gleicher Zeit" ansehen. Das ist aber noch nicht Alles. Von Bonsdorff (Hildebrand, Jahresbericht über die Fortschritte auf dem Gebiete der Chirurgie, Jahrgang 1898, p. 901) giebt zwar zu, dass „Beck schon im Jahre 1897 eine ganz ähnliche Methode angewandt habe, dieselbe aber erst im Januarheft des New York Med. Journal veröffentlichte." (Die Veröffentlichung der Med. Monatsschrift, November 1897, wird nicht erwähnt.) „Das Journal", fährt der Referent fort, „ist uns fast unzugänglich. Desshalb", so schliesst er, „muss die Methode *offenbar* von allen drei Operationen unabhängig von einander erfunden worden. Das ist fürwahr eine Logik fin de siècle. Dazu bemerke ich, dass das New York Medical Journal, beiläufig erwähnt, eine *Wochen*schrift, auch in Deutschland zugänglich ist, denn sie lag zur Zeit meiner Veröffentlichung im Langenbeckhause in Berlin auf. Aehnliche Bemerkungen finden sich später im Centralblatt für Chirurgie Seitens eines russischen Collegen, welche Fowler in den „Annals of Surgery" übrigens gebührend zurückwies.

Vergleicht man alle diese Referate, so drängt sich unwillkürlich der Gedanke auf, als wolle man sich Herrn von Hacker gegenüber dafür entschuldigen, dass man den hinter der grossen Wasserwüste verborgenen Collegen überhaupt erwähnt, welcher

die unglaubliche Unverfrorenheit besass, die Harnröhrendislocirungsmethode schon ein ganzes Jahr vor der Sanctionirung durch Herrn von Hacker zu erfinden.

Es rührte mich nicht wenig, meine hiesigen Collegen zuletzt Stellung gegen diese irreleitenden Darstellungen nehmen zu sehen und drücke ich denselben, insbesondere den Herren Fowler, Valentine und Parham an dieser Stelle meinen Dank aus. Dass ihre energischen Anstrengungen zur Verbreitung des wahren Sachverhaltes einen retrograden Effect hatten, geht daraus hervor, dass Herr Professor Marwedel, erster Assistent der Czerny'schen Klinik in Heidelberg, deren Beispiel folgend eine genaue Beschreibung meines Verfahrens (Ueber die Beck'sche Methode der Hypospadie-Operation) in denselben klinischen Beiträgen veröffentlichte, in welchen von Hacker's einzig in der Geschichte der Chirurgie dastehende Arbeit erschien.

Marwedel war überhaupt der erste deutsche College, welcher es der Mühe werth hielt, auf die literarischen Beweise meiner Erfindung hinzuweisen, wofür ich ihm auch an dieser Stelle herzlich danke. Aus seiner Arbeit geht ebenfalls hervor, dass kein Geringerer als Czerny mein Verfahren schon in der Heidelberger Klinik anwandte, ehe von Hacker nach seiner eigenen Angabe (Beiträge zur Chirurgie, Bd. XXII, erstes Heft) „seine" Methode überhaupt probirt hatte. Wenn demnach die neuesten Principien, welche nach von Hacker bei den Verdiensten eines Erfinders maassgebend sind, nämlich, dass dem ersten Nachahmer das eigentliche Verdienst zufallen soll, dann sehe ich durchaus nicht ein, warum man meine Methode nicht die Czerny'sche oder Marwedel'sche nennen sollte.

Carl Beck.

New York, im Februar 1902.

Therapeutische und klinische Notizen.

— Ueber die *Wundbedeckung mit der* Bruns'schen *Airolpaste* berichtet Honsell (Bruns' Beiträge zur klin. Chirurgie, Bd. XXIX., 3. H.) u. a. Folgendes: Aus den Culturversuchen ergeht, dass die Airolpaste, trotzdem sie nicht sterilisirt wird, in Berührung mit Nährböden keine Keime aufgehen lässt, dass ferner auch nach absichtlicher Infection der Airolpaste kein Bacterienwachsthum erfolgt, während Zinkpaste und

Kaolinpaste gewissermaassen sogar als Nährböden für die verimpften Keime dienten. Wie aus weiteren Versuchen des Verf. hervorgeht, wirkt die Airolpaste nicht nur auf diejenigen Keime, welche mit ihr in directer Berührung stehen, sondern sie lässt auch in einem gewissen Umkreis ihrer Umgebung kein Bacterienwachsthum aufkommen, übt also eine, wenn auch örtlich beschränkte Fernwirkung aus.

H. hat auch Versuche an sich selbst ausgeführt, indem er eine Hautfalte mit der Pincette aufhob und die Spitze derselben mit dem Messer wegschnitt. Von den Versuchen an 80 Wunden sind namentlich jene beweisend, wo die Wunden mit einem Gemenge von Staphylococcenreinculturen mit Staphylococceneiter, vermischt mit Airolpaste, resp. Kaolinpaste bedeckt wurden. Nach 5 Tagen waren die mit Airolpaste bedeckten Wunden reactionslos, die mit Kaolinpaste bedeckten entzündet und vereitert. Diese Versuche beweisen, dass die antiseptischen Eigenschaften der Airolpaste sich nicht nur im Reagenzglase, sondern auch an den Wunden des lebenden Menschen bemerkbar machen.

Dass das Airol unschädlich ist, lehren sowohl die Erfahrungen an der Klinik von Doederlein als die der Klinik v. Bruns', woselbst das Airol bei Erwachsenen und Kindern recht häufig in bedeutenden Dosen angewendet wird, ohne dass irgend welche toxische Erscheinungen aufgetreten wären. Auch grosse offene Wundflächen konnten stets ungestraft, sei es mit Airolpulver, sei es mit Airolpaste bedeckt werden. Wie unschädlich das Airol sein muss, ergeht daraus, dass man einem 2 kg schweren Kaninchen in die Bauchhöhle ohne Nachtheil eine Airolmenge einbringen kann, die der Bedeckung einer grossen Wunde entspricht. „Eine Giftmenge, die vom Peritoneum eines kleinen Thieres keinen Schaden stiftet, dürfte auch auf der Oberfläche einer geschlossenen Hautwunde ungefährlich bleiben."

Reizwirkungen hat Verf. vom Airol nie gesehen. Im Gegentheil, in Fällen, in welchen die Haut so empfindlich war, dass selbst indifferente Salben, Watte und sonstige Verbandstücke nicht ertragen wurden, brachte die Airolpaste keinerlei Nachtheile, ferner sah Verf. keineswegs selten Eczeme verschiedenster Provenienz und Form unter Airolpastebedeckung in wenigen Tagen schwinden, so dass die Airolpaste auf der Bruns'schen Klinik geradezu als Heilmittel gegen derartige Affectionen benützt wird.

Um die Herstellung einer Paste von geeigneter Consistenz zu erleichtern, hat Bruns seine Paste folgendermaassen modificirt:

Rp. Airol. 5,0
Mucil. Gummi arab.
Glycerin. aa 10,0
Bol. alb. q. s.
ut f. pasta mollis.

Bei eintrocknender Pasta wird Glycerin, bei zu flüssiger etwas Bolus alba zugesetzt. Um Zersetzung zu vermeiden, soll die Paste ohne Zuhülfenahme von Metallinstrumenten hergestellt werden, zur Verdünnung nie Wasser, sondern Glycerin verwendet werden, ferner ist die Paste in gut schliessbaren Gefässen aus Glas oder Procellan aufzubewahren und

bei Entnahme unnöthiges Offenbleiben der Gefässe zu vermeiden. (Ref. Die Heilkunde, 1901, 8. H.)

— *Glutol.* Ueber dasselbe äussert sich Schleich in seiner Monographie „Neue Methoden der Wundheilung" u. a. in folgender Weise:

„Die überraschend günstige Einwirkung des Glutols auf Wunden ist namentlich in der Veterinärmedicin einmüthigst anerkannt. Aber auch beim Menschen haben Thomalla, Saalfeld, Gottstein, Keen und Da Costa-Philadelphia u. A. die hervorragende Brauchbarkeit dieses auf ganz anderen Vorstellungen als alle bisherigen Wundmittel aufgebauten Heilmittels anerkannt. Dass es im Stande ist, auch frische, nicht desinficirte Wunden (Risse, Schnitte, Schrunden, Quetschungen etc.) ohne Weiteres durch aseptische Verschorfung zu heilen, beweisen 230 Fälle von Verletzungen, bei denen es ohne jede andere Desinfection direct die glatteste Heilung vermittelt hat. Das kann bei solcher Anzahl und Regelmässigkeit unmöglich ein Zufall sein und muss auf der bewiesenen dauernden Abspaltung des Formaldehyds, solange zersetzungsfähiges Glutol die Wunde bedeckt, beruhen. Damit können wir also getrost unsere frischen Verletzungen diesem selbstthätigen Desinfectionsact, welchen die lebende Zelle übernimmt, übergehen, und der Wirksamkeit des Naturprocesses überlassen, was die Kunst doch nicht in der Vollendung zu erreichen im Stande ist. Beim Glutol desinficirt sich das Gewebe selbst, und nach stattgehabter Desinfection liefert es den überlebenden Microorganismen Nahrung zur Genüge auf freier Fläche, statt sie zu zwingen, intercellulär ihre Unterkunft und Versorgung zu erzwingen. Allerdings muss das Präparat an sich tadellos sein, es muss auch wirklich gebundenes Formaldehyd enthalten und zweitens an sich steril sein. Beides garantirt man sich am besten dadurch, dass man in das Aufbewahrungsgefäss von Zeit zu Zeit ein paar Tropfen Formalinlösung (Schering) einträufeln lässt. Denn man darf nie vergessen, dass das Glutol an sich kein Antisepticum ist und dass es, einmal verunreinigt, die Bacterien ruhig zwischen sich wachsen lässt. Man muss also vorsichtig sein bei seiner Aufbewahrung, das heisst: der Contact mit nicht sterilem Material muss streng vermieden werden. Es ist aber durch ein paar Tropfen Formalinlösung dauernd steril zu erhalten. Durch Nichtbefolgung dieser Vorschrift können leicht Fälle eintreten, bei welchen das gestern noch vorzüglich wirksame Präparat am nächsten Tage durchaus versagt, wie mir das leider mehrfach berichtet ist; das liegt stets an einer Beimengung von Bacterien zu dem Material. Denn wenn Bacterien im Glutol anwesend sind, so ist es nicht ausgeschlossen, dass diese selbst die Entgasung des Formaldehyds übernommen haben, damit entweicht aber das wirksamste Princip aus dem Präparate schon, ehe es zu seiner Verarbeitung durch die Körperzellen gelangt. Bewiesen wird diese Annahme dadurch, dass es gelingt, stark verunreinigtes Glutol nach einiger Zeit in heissem Wasser auszuschmelzen, was mit frisch aus der Fabrik bezogenem niemals gelingt, sondern nur mit verdorbenem Material. Allen diesen Gefahren beugt die sorgsame Aufbewahrung des Glutols in einem Glasgefäss vor, in welches gelegentlich einige Tropfen Formalinlösung fallen."

Behufs der Herstellung von Pulvis seros. c. Glutol wird Glutol zu gleichen Theilen mit Pulvis seros. gemischt. Dieses wird folgendermaassen bereitet:

Rp. Zinc. seros. subt. pulverisat. 150,0
Spiritus (in quo antea solventur Ol. Melissae, Eosin. āā 0,1 150,0
(Sterilisa apud 100° C.)
Macera conquassando per horas 36 tum collige supra filtrum et sicca.

Anwendung: Zur Formaldehydentwicklung verunreinigter Wundflächen, bei Eiterungen, Necrosen etc., bei starken Gerüchen der Wunde auf Läppchen mit essigsaurer Thonerde gepulvert, zum Austrocknen der Ränder an Granulationen, der Stichcanäle, frischer Wunden, Verbrennungen, Coriumentblössungen etc.

— *Eine wirksame Behandlung der septischen Endocarditis.* Das Desiderat zur Heilung einer infectiösen ulcerirenden Entzündung im Endocard mit von hier aus stattfindender Infection des Blutes und des ganzen Körpers ist ein für das Blut selbst unschädliches Antisepticum, das, direct in die Blutbahn gebracht, kräftig genug sein sollte zur Abtödtung der im Blute kreisenden Bacterien und zur Desinfection der kranken Stelle des Endocards. Ein solches Mittel scheint Wenckebach (Therapie d. Gegenw., 1902, No. 2) das von Credé so lebhaft bei septischen Zuständen empfohlene *Argentum colloidale* zu sein, das als Collargol in den Handel gebracht ist und nicht nur äusserlich und innerlich applicirt wird, sondern auch in 1 bis 2proc. Lösung direct in das Blut eingespritzt werden kann. Die Berichte über die ausserordentlich günstigen Resultate, die auf diese Weise erzielt wurden, veranlassten W. das Mittel bei verschiedenen Kranken intravenös anzuwenden, und an erster Stelle schien ihm ein Versuch berechtigt bei der septischen Endocarditis, wo die Sepsis in den reinen Fällen nur die Blutbahn betrifft, anderweitige, vielleicht schwierig zu erreichende Herde fehlen. Der Versuch lieferte vorzügliche Resultate: hat man einmal eine gewisse Scheu, einen solchen undurchsichtigen Brei einem Nebenmenschen direct ins Blut einzuspritzen, überwunden, so überzeugt man sich auch gleich von der absoluten Unschädlichkeit des Mittels, wie diese auch von Dieckerhoff und Credé hervorgehoben wird. W. möchte daher das Mittel namentlich bei der septischen Endocarditis, wo wir sonst über kein wirksames Mittel verfügen, zeitigst angewandt haben, und fügt hinzu, dass es nicht einzusehen ist, wesshalb man nicht auch bei den ersten Symptomen einer Endocarditis bei acutem Gelenkrheumatismus versuchen sollte, die weitere Ausbreitung des Processes auf diese Weise zu verhindern.

Bezüglich der Art der Wirkung des Mittels spricht sich W. in folgender Weise aus: Credé meint, dass das Silber als solches wirkt, oder mit gewissen Bestandtheilen der Körpersäfte Salze bildet, welche bactericid wirken sollen. Es werden uns Experimente über die Art dieser bactericiden Wirkung aufklären müssen, allein W. glaubt daraufhinweisen zu dürfen, dass wir es hier mit einem chemisch und physicalisch ganz besonderem Körper zu thun haben. Die colloiden Metalle werden zu den

„anorganischen Fermenten" gerechnet. Namentlich das colloidale Platina ist ein kräftiger Katalysator, das heisst, dass Reactionen, welche sonst einen sehr langsamen, oft kaum merkbaren Verlauf nehmen, in Gegenwart ganz geringer Mengen eines solchen Katalysators blitzartig verlaufen. Gerade in dieser Eigenschaft der colloidalen Metalle scheint W. die grosse Bedeutung dieser Stoffe für die Biologie und die Therapie zu liegen. Wenn man bedenkt, dass sehr fein vertheilten, aber nicht „colloidalen" Silberpartikelchen die Heilwirkung im Blute nicht zuzukommen scheint, und dass es anderentheils wahrscheinlich ist, dass schon äusserst geringe Mengen (z. B. 5 mg) in dem doch immer bei Litern zu messenden Blutquantum ihre Wirkung voll entfalten, so wird man geneigt, anzunehmen, dass auch im thierischen Körper das colloidale Silber als Katalysator wirkt, also durch seine Gegenwart die normalen, aber unzulänglichen bactericiden Eigenschaften des Blutes enorm steigert. Man könnte in dieser Weise auch erklären, dass es in Salbenform in die Haut eingerieben einen günstigen Einfluss bei allerlei Krankheiten auszuüben im Stande ist. Dass man erfahrungsgemäss öfter die Einreibung oder Injection wiederholen muss, spricht nicht gegen diese Auffassung, denn es ist bekannt, dass der Stoff schnell aus dem Körper weggeschafft wird.

— Ueber das *neutrale Mangan-Eisen-Pepton* (Gude) bringt die Allgemeine Wiener medizinische Zeitung (1902, No. 8) eine kurze Zusammenstellung der einschlägigen Literatur. Trotz aller Anfechtungen, welche die Eisentherapie bei Bekämpfung der Anaemie und Chlorose in den letzten Jahren zu bestehen hatte, hat sich das Eisen nach den Untersuchungen der neueren Autoren, namentlich von Quincke, Jacobi und Zaleski unbestritten bewährt, und die specifische Wirkung der eisenhältigen Arzneien ist allenthalben wieder zur Geltung gelangt. Quinke ist es gelungen, nachzuweisen, dass das Eisen ausschliesslich im Dünndarm resorbirt wird, und ausserdem fand sich das Eisen namentlich in den Leberzellen in microscopisch erkennbarer Form abgelagert.

Als nun Hannon die hohe Bedeutung des Mangans neben der des Eisens für die Sauerstoffaufnahme des Blutes erkannte und diese Entdeckung von Rühle bestätigt wurde, suchte man durch Combination beider Mittel Präparate zu schaffen, die für die Therapie von doppeltem Nutzen sein sollten. Nach verschiedenen, zum Theil vergeblichen Versuchen von anderer Seite hat Dr. A. Gude ein Präparat zusammengestellt, welches den Anforderungen in jeder Weise entspricht, und vor Allem die Eigenschaft besitzt, dass es, ohne die Verdauungsorgane zu belästigen, sehr rasch resorbirt wird.

Es liegt über das Gude'sche Präparat eine Reihe von Publicationen vor, die sich alle über dasselbe in sehr günstigem Sinne aussprechen (Heitzmann-Wien, Hönigschmied-Weitrach, Pohl-Wien, Ripperger-New York, Ascher-Berlin, Loomis-New York, Gellhorn-Berlin, Fasano-Neapel, Doyle-Blackwells Island, Pereklan-Chicago, etc.). Alle diese Autoren bestätigen die Erfahrung, dass sich nach Einnehmen von Gude's Mangan-Eisen-Pepton der Haemoglobingehalt sehr ansehnlich gesteigert und dass das Präparat bei Behandlung

der Anaemie und Chlorose den günstigsten Einfluss ausübt. Ebenso hat das Mittel bei leucaemischen Processen sehr gut eingewirkt, indem es das Fortschreiten der Krankheit hemmte und alle Erscheinungen abschwächte. Der Geschmack des Mittels ist nicht unangenehm und kann übrigens durch Mischen mit Wasser, Milch, Fruchtsäften, Wein etc. in passender Weise corrigirt werden. In der Kinderpraxis ist daher das Mittel mit Vortheil zu verwenden und übt bei den oben genannten Zuständen, sowie in der Reconvalescenz nach erschöpfenden, namentlich Infectionskrankheiten, wie Scharlach und Diphtherie, eine sehr gute Wirkung aus.

Kleine Mittheilungen.

— *Internationale Vereinigung der medicinischen Presse.* Gemäss einer Mittheilung des derzeitigen Secretärs, Dr. R. Blondel in Paris, findet die Zusammenkunft der Delegaten der Vereinigung am 7. April ds. Jhrs. in Monte Carlo unter dem Protectorate des Fürsten von Monaco statt. Hauptgegenstand der Berathung werden die Vorarbeiten für den kommenden II. Internationalen Congress der Medicinischen Presse sein; es soll ferner über den Plan zur Errichtung eines ständigen internationalen medicinischen Pressbureaus discutirt werden.

— *Eine neue Lampe zur Finsen-Behandlung.* Die Finsen'sche Lichtheilmethode findet neuerdings in der Dermatologie eine stets zunehmende Verbreitung, und nur die grossen Kosten der Anschaffung, sowie der theure unhandliche Betrieb der bisher gebräuchlichen Apparate waren die Ursache, dass die Aufstellung derselben nur in grösseren Instituten geschehen konnte, während der practisch Arzt sich die Anschaffung meistens versagen musste.

Bei den bisher verwendeten Finsen-Apparaten werden besonders grosse Bogenlampen 80—100 Ampère benutzt, um den zur Behandlung erforderlichen starken Lichteffect zu erzielen. Das zur Verwendung kommende Bogenlicht enthält verhältnissmässig wenig therapeutisch wirksame, d. h. ultraviolette und chemische Strahlen, weil der grösste Theil des Lichtspectrums aus rothen und gelben Strahlen besteht, welche für die Therapie theils schädlich, theils unwirksam sind. Diese schädlichen Strahlen mussten durch Filtration vermittelst Wasserschichten beseitigt werden, durch welchen Process aber auch noch ein Theil der therapeutisch wirksamen Strahlen in Folge Absorption verloren ging, so dass schliesslich nur ein geringer Bruchtheil von Strahlen für den Nutzeffect übrig blieb.

Experimente, ausgeführt im Laboratorium der Edison-General Electrical Works und später im Finsen'schen Lichtheilinstitut durch den Ingenieur Kjeldsen legten dar, dass Eisenelectroden anstatt der Kohlenstifte in electrischen Bogenlampen ein an chemischen, besonders ultravioletten Strahlen sehr reiches Licht liefren. Kjeldsen construirte daher eine Lampe mit Eisenelectroden, die beim Gebrauch im Innern mit Wasser gekühlt werden, welche ausschliesslich für Lichtheilzwecke und als Ersatz für die bisher gebräuchliche Finsen-Lampe dienen sollte.

Die mit der neuen Lampe im Finsen-Institut angestellten Experimente ergaben ein über alle Erwartung hohes Resultat. Die bacterientödtende Kraft dieses Lichtes erwies sich als ca. 60- bis 70 mal so stark als der, bisher von Finsen angewandte Apparat mit Kohlenelectroden. Das Spectrum dieses neuen Lichtes zeigte einen ausserordentlichen Reichthum an chemischen Strahlen und dabei gleichzeitig ein fast völliges Fehlen der heissen rothen und gelben. Während man daher bei den früher gebräuchlichen Finsen-Lampen in Folge der Wärmeentwickelung einen grossen Abstand zwischen Licht und Körper innehalten musste, was natürlich nur auf Kosten der Lichtintensität geschehen konnte, so kann man diese neue Lampe in einer Entfernung von nur wenigen Centimetern auf den Körper einwirken lassen. Mit einer Lampe von 5 Ampère erzielt man bei einer Behandlung von 3—5 Minuten denselben therapeutischen Effect wie mit der bisher gebräuchlichen Finsen-Lampe von 80—100 Ampère während einer einstündigen Bestrahlungsdauer. Eine Finsen-einrichtung kostet ca. $750—$1000, sie bedarf eines besonderen geräumigen Zimmers zur Aufstellung und verbraucht bei der ca. 1 Stunde dauernden Behandlung für etwa $0.50 Strom. Dem gegenüber kostet der neue Apparat mit allem Zubehör, wie Widerstand, Schaltkasten, Kühlvorrichtung, Schlauch etc. nur ca. $90.00, nimmt nur einen kleinen Platz in Anspruch und verbraucht, da er in 3 Minuten denselben Effect erzielt wie der Finsen-Apparat in einer Stunde, nur für einen Cent an Stromkraft während einer Sitzung.

Die neue Lampe lässt sich ferner ohne weiteres an jede electrische Lichtleitung anschliessen. Die Handhabung derselben ist äusserst einfach und kann ohne jede vorherige Uebung leicht ausgeführt werden, so dass nunmehr jeder practische Arzt in den Stand gesetzt ist, durch Anschaffung der neuen Lampe für Finsen-Behandlung die Phototherapie in der Sprechstunde und im Sprechzimmer selbst auszuüben, um so eher, als eine derartige Anwendung nur ca. 3 Minuten Zeit in Anspruch nehmen soll. Besonders hervorzuheben ist dabei noch, dass diese Lampe einer Stark-Strom-Quelle zur Lieferung der nöthigen electrischen Kraft nicht unbedingt bedarf, vielmehr genügt es bei dem so äusserst sparsamen Stromverbrauch vollkommen, eine transportable Accumulatorenbatterie, die keinen grossen Platz einnimmt, zu verwenden. Damit ist für den Betrieb dieser Lampe eine ganz ausserordentliche Erleichterung geschaffen und jeder Arzt ist in den Stand gesetzt, unabhängig davon, ob eine electrische Kraftstation ihm am Orte zur Verfügung steht, in der Sprechstunde die Lampe selbst therapeutisch zu benutzen. Die Lampe wird unter dem Namen *Dermo* in den Handel gebracht.

— *Reclamewesen.* Dr. Vidal in München hat ersucht, zu constatiren, dass seine in einem Prospect der Vereinigten chemischen Werke Actiengesellschaft Charlottenburg-Berlin mitgetheilten Bemerkungen über das Sidonal einem Privatbriefe, in dem er sich über den hohen Preis des Mittels beklagte, entnommen seien, und dass er seine Einwilligung zur Veröffentlichung dieser Bemerkungen nicht gegeben habe. Wenn daher die Fabrik in dem Prospect sagt, dass briefliche Gutachten nur mitgetheilt

würden, soweit die Gutachter ihr Einverständniss zur Veröffentlichung gegeben hätten, so trifft dies im Falle des Herrn Collegen Vidal nicht zu. Der Fall zeigt, wie vorsichtig man mit derartigen günstigen Aeusserungen über Arzneimittel der betr. Fabrik gegenüber sein muss. (Münchener med. Wochenschr., 1901, No. 51.)

— Vor dem Budapester Gerichtshofe hatten sich zu Anfang ds. Jhrs. zwei Aerzte wegen *Vergehens der durch Unvorsichtigkeit verursachten Tödtung* zu verantworten. Es handelte sich um einen Patienten, der bei einer Schlägerei eine Verletzung des Armes erlitten hatte, und den der eine Arzt, Dr. B., verband, den er aber in der Nacht, als er wiederholt gerufen wurde, nicht besuchen wollte; der zweite herbeigerufene Arzt, Dr. T., fand einen von Blut durchtränkten Verband, über den er, ohne die Wunde zu besichtigen, einen zweiten anlegte, worauf er nach den ersten Arzt, Dr. B., schickte, der jedoch nicht kam. Trotzdem auch der zweite Verband durchblutete, begnügte sich Dr. T. damit, Analeptica zu verschreiben, und er verschrieb später, als er wegen wiederholten Erbrechens des Patienten geweckt wurde, ab invisis ein Pulver. Am Morgen verschied der Patient in Folge Verblutung. Der Gerichtsarzt, sowie der justizärztliche Senat sprachen sich dahin aus, dass der Patient durch fachgemässes Eingreifen hätte gerettet werden können. Der Gerichtshof verurtheilte die beiden Aerzte zu einer Geldstrafe von je 500 Kronen und zur Leistung eines Schadenersatzes an die Wittwe des Verstorbenen von je 1300 Kronen. Das Vorgehen der Aerzte wurde auch im Kreise der Collegen allgemein verurtheilt. (Wiener med. Wochenschr., 1902, No. 5.)

— *Professor Schweninger als Sachverständiger.* Unter dem Titel „Massagebehandlung der Tubenschwangerschaft" theilt die Münchener medicinische Wochenschrift (1902, No. 6) Folgendes mit: Die Naturheilkundige Minna Kube in Charlottenburg hatte eine junge Frau, bei welcher die Menstruation seit längerer Zeit ausgeblieben war, und bei welcher sie eine apfelgrosse Geschwulst neben der Gebärmutter constatirt hatte, einer Massagebehandlung unterzogen, in deren Verlauf es zu wiederholten inneren und äusseren Blutungen kam, die die Patientin endlich veranlassten, einen Arzt, Herrn Dr. Siefart, zu consultiren. Dieser stellte sofort die durch die folgende Laparotomie bestätigte Diagnose auf Tubenschwangerschaft und führte die Patientin, trotz ihrer hochgradigen, durch die wiederholten Blutungen veranlasste Anaemie, durch die Operation zur Genesung. Die Curpfuscherin aber hatte sich am 29. Januar wegen fahrlässiger Körperverletzung zu verantworten. Als Sachverständige waren erschienen die Herren Dr. Siefart, Prof. Dr. Dührssen und Geheimrath Prof. Dr. Schweninger. Die beiden erstgenannten Herren betonten, dass die Ruptur der Tube und die inneren Blutungen offenbar durch die Massagebehandlung erzeugt sei. Die Kube hätte nach dem von ihr selbst festgestellten Befund und der Anamnese an die Möglichkeit einer Tubenschwangerschaft denken und die Patientin an einen Arzt weisen oder sie doch wenigstens mit Massage und Bädern verschonen müssen. Darin, dass sie dies nicht gethan, sei die Fahrlässigkeit zu erblicken. Anderer Meinung war Herr Geheimrath Dr. Schwenin-

ger. Er sei zwar der grösste Feind der Curpfuscherei, aber in diesem Falle müsse er für die Angeklagte Partei nehmen gegen die beiden Gutachter, denen es an Gewissenhaftigkeit mangele. Es sei überhaupt gar nicht erwiesen, dass die Patientin schwanger war. Ovarialschwangerschaften, um die es sich meistens handle, erreichten gewöhnlich das normale Ende, und die Wand des Fruchtsackes sei immer so dick, dass sie nur mit der äussersten Rohheit zum Zerreissen gebracht werden könne. Er erzählte, dass 1875 Nussbaum und Hecker in Folge irrthümlicher Diagnose auf Tubargravidität einen schwangeren Uterus aufgeschnitten oder entfernt hätten und verdammte die Operationslust der Gynäcologen, die zur Verstümmelung und Nervosität der Patientinnen führe. Da Herr Dr. Siefart sich währenr dieser Rede des Lachens nicht enthalten konnte, erbat sich der Herr Geheimrath zum Schluss mit Emphase den Schutz des Gerichtes. In der Replik rief zunächst Prof. Dührssen ebenfalls den Schutz des Gerichtes gegen die ihm und Herrn Dr. Siefart zugefügten Beleidigungen an. Zur gebührenden Kritik derartiger Aeusserungen fehle ihm der parlamentarische Ausdruck. Herr Geheimrath Schweninger habe durch seine Ausführungen bewiesen, dass er trotz seiner von ihm hervorgehobenen pathologisch-anatomischen Erfahrungen von den in Rede stehenden Dingen nichts verstehe. Das Vorhandensein einer Tubenschwangerschaft sei durch den von Herrn Dr. Siefart erhobenen Befund absolut sicher gestellt; Ovarialschwangerschaft kämen so gut wie nie vor, und die Wand der schwangeren Tube sei so dünn, dass sie oft schon bei leichter Berührung durch die operirende Hand platze. Die Operation der Tubenschwangerschaft sei jedenfalls nicht geeignet, um daran abfällige Kritiken über die Operationslust der Gynäcologen zu knüpfen, denen vielmehr der Dank der Menschheit dafür gebühre, dass sie die anatomische Basis der Erkrankung klargestellt und vielen Frauen durch ihre Operationen das Leben gerettet haben. Lächerlich sei es, gegenüber einem lebensrettenden Eingriff bei einer lebensgefährlichen Erkrankung mit Schlagwörtern wie Nervosität und Verstümmelung zu kommen. Ausserdem habe bekanntlich die Frau zwei Eileiter und könne also auch nach der Entfernung des einen später noch eine normale Schwangerschaft durchmachen.

Das Gericht verurtheilte die Kube zu 900 M. Geldstrafe und betonte in dem Urtheil ausdrücklich, dass es das Gutachten des Herrn Schweninger nicht berücksichtigt, sondern sich lediglich an die Gutachten der beiden anderen Sachverständigen gehalten habe. Nur die Rücksicht auf die Thatsache, dass die Patientin durch die Operation des Herrn Dr Siefart vor dauerndem Schaden bewahrt geblieben sei, habe das Gericht veranlasst, von der vom Staatsanwalt beantragten dreimonatlichen Gefängnissstrafe abzusehen und auf die höchste zulässige Geldstrafe zu erkennen.

New Yorker

Medicinische Monatsschrift.

Officielles Organ der

Deutschen Medicinischen Gesellschaften der Städte New York, Chicago, Cleveland und San Francisco.

Redigirt von Dr. A. Ripperger.

Bd. XIV. New York, März 1902. No. 3.

ORIGINALARBEITEN.

Zur Hygiene und zur Diagnose des Abdominaltyphus.*)

Von Dr. Richard Stein.

Meine Herren! Als ich vor einigen Monaten dem verehrten Präsidenten der Gesellschaft den Vorschlag machte, eine Discussion über Abdominaltyphus hier einzuleiten, so war es meine Absicht, zusammen mit einer Anzahl von Mitarbeitern eine Reihe von Referaten zu liefern, wie das verschiedentlich hier geschehen ist: ich erinnere an die werthvollen Referate über Influenza, Gallensteinerkrankungen u. s. w. Leider ist es mir nicht gelungen, Correferenten zu finden, wohl hauptsächlich darum, weil während der Sommerferien die Mitglieder in aller Herren Länder zerstreut sind. Ich musste mich desswegen allein an die Arbeit machen, doch wurde es mir beim Studium der neueren Typhusliteratur, die ja seit den Forschungen über Sero-Diagnostic einen grossen Umfang angenommen hat, bald klar, dass ich eine auch nur ganz kurze Uebersicht des in der neueren Zeit auf diesem Gebiete Geleisteten, zusammen mit einer Darstellung des ganzen Sujets, nicht geben konnte. Ich habe mich deshalb auf zwei Abschnitte beschränkt, auf die Hygiene und die Diagnose des Typhus. In der Hygiene gebe ich den Eindruck wieder, den ich aus dem Studium dieses Gebietes gewonnen habe, indem ich die Verhältnisse unserer Stadt speciell berücksichtige. Was die Diagnose anbelangt, so versuchte ich dem Gedankengang zu folgen, welcher den Arzt in der alltäglichen Praxis zur Typhus-

*) Vortrag, gehalten in der Deutschen Medicinischen Gesellschaft der Stadt New York am 4. November 1901.

diagnose führt. Ich möchte Sie desswegen bitten, milde zu urtheilen, wenn Sie nur Bekanntes hören. Es wäre sehr erwünscht, wenn die Herren mit langjähriger Erfahrung die Differentialdiagnose des Typhus mit den anderen schweren hier in Betracht kommenden Krankheiten ergänzen würden. Und wenn ich ferner die Herren Discutirenden dazu anregen könnte, — und ich spreche auch im Sinne des Herrn Präsidenten — eine ausführliche Besprechung der einzelnen hygienischen Maassregeln, ferner der unberührten Capitel der Pathologie, des Verlaufs, des Recidivs, der Complicationen, namentlich auch der chirurgischen, die jeden Tag wichtiger werden, der Diät, und schliesslich auch der Behandlung folgen zu lassen, so wäre meine ursprüngliche Absicht — eine ausgiebige Discussion des ganzen Themas — hiermit erreicht.

Herr Dr. Libman war so liebenswürdig, meiner Aufforderung, als Gast der Gesellschaft seine Erfahrungen über die Widal'sche Probe wiederzugeben, Folge zu leisten.

Nach der alten englischen Theorie entsteht das Typhusgift durch Fäulniss. Der Grund und Boden, auf welchem die Menschen ihre Wohnungen bauen, werden durch ihre Excremente, sowie durch die Excremente der Hausthiere, durch die Abfälle der Küchen, der Werkstätten, der Schlachthäuser imprägnirt. Diese vornehmlich *organischen* Stoffe gehen in Verwesung über, und verpesten die Luft. Es entsteht ein autochthones, chemisches Gift, welches als Miasma dem Boden entsteigt und unter vielen anderen Krankheiten auch den Unterleibstyphus hervorruft. Das ist die *Bodentheorie* des Typhus. Die Abhilfe suchte man in der Wegfuhr der Abfälle, in der Assanirung des Bodens, in der Ableitung der Excremente und der Nutzwässer durch ein geschlossenes Canalsystem.

Nun machte Pettenkofer die Beobachtung, dass in München bei tiefem Stande des Grundwassers die Typhusepidemie zunimmt, bei hohem Stande des Grundwassers die Typhusepidemie abnimmt. Dieses directe Verhältniss zwischen Grundwasser und Typhusepidemie wurde in den meisten grossen Städten Deutschlands tabellenweise nachgewiesen. Man deducirte: Durch Trockenheit der oberen Erdschicht tritt Zersetzung des imprägnirten, meist porösen Bodens ein; auf diese Weise entsteht und verbreitet sich das Typhusgift, und dringt durch den Boden und die Keller in die Wohnungen der Menschen und ruft

die Epidemie hervor. Nach der Pettenkofer'schen Theorie also entsteht das Typhusgift im Boden, es verbreitet sich im Erdreich und wird von den Menschen eingeathmet. Der niedrige Grundwasserstand bietet die günstigen Verhältnisse zur Zersetzung und Ausbreitung der Krankheit. Die Grundwassertheorie des Typhus ist somit eine Boden- und Lufttheorie. Nicht das Wasser ist das inficirende Agens, sondern die Luft.

Dieser Theorie verdanken die meisten Städte die Assanirung ihres Untergrundes, die Entfernung der Schlachthäuser, die Canalisation und die allgemeinen sanitären Einrichtungen der Wohnungen.

Schon sehr früh fasste man aber das Contagium selbst ins Auge und stellte fest, dass der Typhus durch die Dejectionen des Kranken direct ansteckend sei. Vor Allem aber sah man auf dem Lande, dass Typhusepidemien durch inficirte Brunnen und Wasserläufe entstehen, aus welchen man *Trinkwasser* bezog. Die ausgedehntesten Epidemien erfuhren grosse Städte, welche sich ihr Trinkwasser aus Flüssen verschaffen, die zu gleicher Zeit als Abflusscanäle dienten. Die Zufuhr filtrirten Wassers löschte die Epidemie beinahe ganz aus. Die Pettenkofer'sche Schule blieb dabei, Typhus sei an Grund und Boden gebunden.

Das Jahr 1880 brachte die Entdeckung des Typhusbacillus. Derselbe vermehrte sich im grossen Maassstabe in den Geweben des Kranken, bildet aber keine Sporen. Er wird mit den Faeces und dem Urin des Kranken massenhaft ausgeschieden. Er kann sich vielleicht unter günstigen Umständen im Wasser vermehren. Ob er sich im Erdreich selbst, oder auf der Oberfläche desselben als Saprophyt ausbreiten kann, ist noch nicht endgültig entschieden. Er kann sich aber durch Austrocknung, oder vielmehr Antrocknung ein Jahr lang lebensfähig halten.

Durch die Bacteriologie wissen wir also jetzt bestimmt, dass die *Fortpflanzung* des Typhusbacillus im menschlichen Körper selbst vor sich geht. Er ist an die Excremente des Kranken gebunden und inficirt den Erdboden und das Wasser. Trotzdem er keine wiederstandsfähige Sporen bildet, wie z. B. der Tuberkelbacillus, so findet er doch allenthalben günstige Bedingungen zur Fortdauer seiner Existenz und kann sogar, wie Prudden zuerst gezeigt, einfrieren und wieder aufthauen. Seine Ueberwinterung ist desswegen nicht ausgeschlossen.

Die bacteriologischen Entdeckungen haben demnach bis jetzt

keine Beweise erbracht, welche unsere, bis auf den heutigen Tag gültigen Anschauungen in der Hygiene zu verändern mochten, nur ist ihre Deutung eine andere geworden. Trotz vorsichtiger Desinfection der Typhusexcremente werden die von den Menschen bewohnten Erdtheile inficirt werden. Dafür sorgt schon der ubiquitäre, ambulante Typhuskranke. Die Grundlage einer rationellen Hygiene liegt, wie vordem, in der Assanirung des Grundbodens, weil wir in letzter Instanz auf den Grundboden angewiesen sind, zur Lieferung unseres Trinkwassers und unserer Nahrungsmittel. Nur dann kann der Typhus ganz aufhören, wenn die Infection des Bodens aufgehört hat.

Die Bacteriologie hat uns aber dadurch die grössten Dienste erwiesen, weil sie die epidemiologischen Beobachtungen durch den directen Nachweis des Typhusbacillus stützte, mit anderen Worten, weil sie uns den *Träger* der Infection unzweideutig nachwies. Typhus wird gegessen und getrunken. Eingeathmet wird er nicht, oder vielleicht nur äusserst selten. Die Typhusinfection ist eine intestinale Contactinfection.

Der Grundboden ist allenthalben inficirt.

Das Wasser aber verschleppt den Typhuskeim in und auf dem Erdboden. Das Wasser ist nicht nur der Hauptträger, sondern der Hauptverbreiter des Typhus.

Jedes Wasser, welches mit dem Untergrunde im Zusammenhang steht und vom Grundwasser abhängig ist, ist der Infection zugänglich. Ebenso alle fliessende Wässer, welche mit den Wohnungen der Menschen im Zusammenhange stehen. Ob ein Wasser im rohen Zustande zum Trinken brauchbar sei, kann in erster Linie erst nach diesen allgemein-hygienischen Grundsätzen beurtheilt werden. Die chemische und bacteriologische Untersuchung kommt erst in zweiter Linie in Betracht. Allerdings können die Befunde organischer Stoffe und deren Derivate, sowie die Anwesenheit des Bacillus coli z. B. darauf hinweisen, dass das Wasser mit Senkgruben u. dgl. im Zusammenhange steht, jedoch können diese Befunde sehr variabel sein und sind desswegen unzuverlässig. Und gar die Untersuchung auf Typhusbacillen hat für allgemeine hygienische Zwecke nur ganz geringen Werth, zumal ihre Differencirung von anderen verwandten Arten bis jetzt eine recht schwierige ist.

Man braucht sich desswegen nicht täuschen zu lassen, wenn man hört, das Wasser eines bestimmten Ortes sei untersucht

worden und man habe keine Typhusbacillen darin gefunden. Die chemische und bacteriologische Untersuchung hat nur einen relativen Werth. Sie muss serienweise ausgeführt werden, und zwar unter den verschiedensten Bedingungen der Jahreszeit, der Witterungsverhältnisse etc.

Die Herkunft des Wassers aber, die Beschaffenheit des Bodens, aus welchem es entspringt, der Schutz der Quellen, Behälter und Leitungen sind bis jetzt das Maassgebende.

Während andere Grossstädte noch heute gezwungen sind, ihr Trinkwasser aus Flüssen zu schöpfen, welche zu gleicher Zeit ihren Canalabfluss empfangen, z. B. Paris, Hamburg, Philadelphia, Chicago, bezieht New York schon seit vielen Jahren ein ausgezeichnetes Trinkwasser aus dem Crotonsee. Die Quellen desselben und das Wasser selbst sind aber nach dem heutigen Stande unserer Wissenschaft nicht genügend controllirt. Vor Allem müsste das Wasser durch Sandfilter passirt werden, und oberhalb und unterhalb der Filtrirstelle einer chemischen und bacteriologischen Controlle unterworfen werden. Nach heftigen Regengüssen ist das Crotonwasser mit organischen und anorganischen Substanzen überladen. Die Frage, die uns hier speciell interessirt, ob das Wasser Typhuskeime enthält, in welchem Maasse unser Trinkwasser zur Herbstepidemie beiträgt, lässt sich so ohne Weiteres nicht entscheiden. Jedenfalls muss dasselbe als typhusverdächtig angesehen werden. Die peinlichste Controlle der Quellen und die Einführung der Sandfiltration wären hier entschieden angebracht. Seit Einführung der Sandfiltration des Berliner Leitungswassers (dasselbe bezieht sein Trinkwasser aus dem Tegler See) ist der Typhus in Berlin recht selten geworden.

Aber auch indirect steckt das Wasser an durch Infection der Nahrungsmittel. So haben seit einigen Jahren Austern und andere Schalthiere als Typhuserreger die Aufmerksamkeit auf sich gezogen. Der Typhusbacillus kann sich nämlich im Seewasser, wie experimentell nachgewiesen wurde, einige Wochen lang lebensfähig halten. Austern werden aber dadurch noch besonders inficirt, dass sie, nachdem sie von den Austernbetten entfernt wurden, zur Mastung in die sogenannten Austernlöcher placirt werden. Diese Behälter sind häufig nichts anderes als Abzugscanäle, oder sie stehen mit denselben in Verbindung. Die Typhusbacillen conserviren sich wochenlang im Safte der Auster, vermehren sich aber darin nicht. Die Austern sind bei uns, nicht

wie in England und auf dem Continent, eine Delicatesse, sondern ein Volksnahrungsmittel. Trotzdem ist in England schon zur Controlle der Austernbetten eine Bill im Parlament eingereicht worden.

Die Milch. In der Milch *vermehrt* sich der Typhusbacillus. Die Epidemien in Stamford und Montclair zeichneten sich durch ihre Bösartigkeit aus. Ganze Familien, und namentlich viele Kinder sind miterkrankt. Diese Familienerkrankungen finden sich auch bei sämmtlichen, im Auslande beschriebenen Milchepidemien. Die Concentration des Giftes muss wohl in der Milch eine starke sein.

Da die Kuh nicht an Typhus erkrankt, so könnte man wohl verlangen, dass die Milch typhusfrei sei. In der Stamforder Epidemie, bei welcher nahezu vierhundert Personen erkrankten, wurde der Milchmann wegen Todschlags verklagt. Dieser Standpunkt scheint mir vollständig gerechtfertigt.

Alle auf inficirtem Boden gezogenen und mit inficirtem Wasser besprengten Früchte und Vegetabilien können, im rohen Zustande genossen, Typhus mittheilen. Neuerdings wird der zum Theil in Glashäusern mit concentrirtem Dünger beschickte Tafelcelerie viel beschuldigt. So konnte man eine sehr ausgedehnte Epidemie in einer Irrenanstalt in Massachusetts auf Tafelcelerie zurückführen.

P r u d d e n, 1887, hat in einer sehr fleissigen Arbeit bewiesen, dass das in New York consumirte Eis aus dem Hudson und den Seeen dieses Staates sämmtlich mit Typhuskeimen beladen ist. Ferner hat er durch Laboratoriumsexperiment bewiesen, dass der Bacillus sich nach monatelangem Einfrieren lebensfähig erweisen kann. Seitdem wird aber in New York viel künstliches Eis hergestellt. Andererseits auch kann ich mir nicht denken, dass die Herbstepidemie mit der Infection mittelst Eis im Zusammenhange steht, da im Juni und Juli mehr Eis consumirt wird, als im September und October. Immerhin sollte der Reinheit des Eises Aufmerksamkeit geschenkt werden.

Unsere Stadt hat, wie kaum eine andere der Welt, die best denkbare Lage zur Selbstreinigung durch ein geschlossenes System von Canälen, welche sich nach drei Seiten in die See ergiessen können. Die sanitären Einrichtungen der Häuser werden genau beaufsichtigt. Fabriken, Schulen u. s. w. werden genau überwacht. Allerdings entzieht sich mancher Abusus in den Tene-

menthausdistricten etc. ganz der Controlle. Aber auch in diesen Vierteln hat man nicht den Eindruck, als entstünden grössere Epidemien durch directe Contactinfection. Mit einem Wort, obwohl die directe Ansteckung stets vorkommt durch Nachlässigkeit in der Krankenpflege, durch Defecte in der Canalisirung und der Ableitung der Häuser, mittelst inficirter Waterclosets u. dgl. m., so hat es doch den Anschein, als inficire sich die Stadt nicht von innen, sondern von aussen her. *Die Infection unserer Stadt geht zum allergrössten Theil von den sie umgebenden Districten aus.* Der Typhus entsteht im Lande, nur zum kleinen Theil in der Stadt. Die Stadt ist von ihren Bodenverhältnissen absolut unabhängig; das Land hat einen inficirten Boden.

Der Typhus in New York tritt regelmässig in Form einer Spätsommer- und Herbstepidemie auf. Wie kann man sich das erklären?

Jeden Sommer findet eine weitausgedehnte Emigration aufs Land statt. Eine grosse Anzahl der Stadteinwohner, die nicht immun sind, werden durch den Landaufenthalt in den Kreis der Typhusinfection gezogen. Die Veränderung der Lebensweise disponirt dazu. Ein Theil erkrankt schon im Lande und inficirt von Neuem den Boden, ein anderer und grösserer Theil aber erkrankt erst nach Rückkehr in die Stadt. Es scheint, dass gerade wie bei der Malaria durch die wechselnden Bedingungen der Heimkehr die Krankheit zum Ausbruch kommt.

Die allergrösste Zahl der Fälle, die ich in meiner Praxis gesehen habe, waren eingeschleppte. Dreimal sah ich mehrzählige Infectionen in einer Familie zu gleicher Zeit. In sämmtlichen Fällen kamen sie aus einem Platze aus dem Landaufenthalt. Ein anderer kleinerer Theil wurde von anderen Städten eingeschleppt, in welchen Epidemien herrschten.

Durch die Verschiebung der Bevölkerung von Stadt und Land wird also der Boden und das Wasser jeden Sommer von Neuem inficirt. Inficirtes Obst und Gemüse, inficirte Austern, die ja erst im Herbste genossen werden, bringen die Epidemie auf den Höhepunkt. Nach dem jetzigen Stande unserer Kenntnisse lässt sich auf diese Weise der Infectionscyclus und das Entstehen der Herbstepidemie erklären.

Wie kann man sich nun gegen Typhus schützen. Ist es erst so recht in das Bewusstsein der Aerzte und des Volkes gedrungen, dass Typhus nicht eingeathmet, sondern gegessen

und getrunken wird, so wird man, wie das heute noch vielfach geschieht, bei einem Typhusfall in der Familie nicht allein die Ableitungsröhren untersuchen lassen, sondern man wird vor allen Dingen seine Aufmerksamkeit auf das Trinkwasser und die Nahrungsmittel lenken. So können in Markt und Küche Vegetabilien, Salate und Früchte durch vorsichtiges Auswaschen, Abkratzen u. dgl. so gut wie typhusfrei gemacht werden.

Die Ansteckung des Typhus wird, wie bei der Cholera, durch die Faekalien der Menschen direct oder indirect vermittelt. Die hier bei uns nie auslöschende Epidemie wirft ein grelles Licht auf unsere culturellen Verhältnisse. Paradox genug erscheint der Einwohner dieses Landes, der sich jeden Tag badet, sein Trinkwasser aber aus Abzugscanälen bezieht und den Typhus durch die bodenlosen Waterclosets des jagenden Eisenbahnzugs durch's ganze Land zerstreut.

Der Culturstaat hat es sich zur Aufgabe zu machen, das Volk vor Typhus zu schützen. Diejenigen sanitären Einrichtungen, welche bis jetzt zum Schutz gegen Typhus getroffen worden sind, sind nur auf empirisch-hygienischen Erfahrungen fundirt. Sie entstammen noch der alten englischen Anschauung, Typhus entstehe durch Zersetzung der Excremente und Abfälle und werde von den Menschen eingeathmet.

Die Bacteriologie des Typhus hat bis jetzt noch wenig Anwendung in der Hygiene finden können. Es ist auch noch wenig geschehen zur Vernichtung des Typhuskeimes selbst, resp. zur Abwehr seiner specifischen Infection. Die Infection des in der Landwirthschaft verwendeten Düngers z. B. durch die Excremente des Menschen liesse sich durch hygienische Maassregeln bis auf ein Minimum beschränken.

Die Verbesserung bacteriologisch-diagnostischer Methoden einerseits, das Studium über die Erhaltung und Fortpflanzung des Tuberkelbacillus in der Natur andererseits müssen die Basis der Typhushygiene bilden.

Die Gesundheitsbehörde könnte durch folgende Maassregeln die Krankheit ausrotten:

1) Ausgabe gedruckter Zettel und Desinfectionsmaterials zum Gebrauch bei Typhuskranken. Auch der Urin soll vorsichtig desinficirt werden.
2) Genaueste Controlle der Quellen und Behälter unseres Trinkwassers und des sie umgebenden Bodens.

3) Reinigung des Crotonwassers durch Anbringen von geeigneten Sandfiltern. Bacteriologische und chemische Controlle des Wassers.
4) Registrirung und Blacklisting des Ortes, aus welchem der Typhusfall eingeschleppt wurde, und Anzeige an die dortige Behörde.
5) Verbrennung der Abfuhr.
6) Staatliche Controlle der Austernbetten etc.
7) Oeffentliche Anschläge inficirter Wässer, die als Badestellen benützt werden.
8) Sanitäre Einrichtung der Waterclosets und Trinkwasserbehälter der Eisenbahnen und deren Stationen.
9) Ausführliche Berichte, mit topographischen Karten etc. über Typhusverbreitung und Typhusepidemie, zum Gebrauch für staatliche Gesundheitsbehörden und wissenschaftliche Gesellschaften.
10) *Ernennung einer staatlichen Commission zur Vermeidung des Typhus.* Dieselbe agitirt diesen Gegenstand in den verschiedenen County-Societies zur Verbesserung der Hygiene auf dem Lande, und macht es sich zur Aufgabe, speciell zur Verhütung dieser Krankheit die Bezugsquellen des Trinkwassers, die Molkereien, die Obstmärkte, Austernbetten etc. einer hygienischen Controlle zu unterziehen.

Bis dahin sind wir gezwungen, antiseptisch zu verfahren und Wasser und Nahrungsmittel zu sterilisiren.

Die Frühdiagnose des Typhus durch den Nachweis des Typhusbacillus in den Excreten und dem Blute.

Die Hoffnung, welche sich an die Entdeckung des Typhusbacillus knüpfte, zur sofortigen Frühdiagnose zu gelangen, hat sich bis jetzt leider erst zum Theil erfüllt. Der Elsner'sche Nachweis der Typhusbacillen im Kothe ist so gut wie verlassen, wegen der Schwierigkeit der Differenzirung der Bacterien, und ferner, weil der Bacillus relativ spät im Kothe erscheint. Der Nachweis der Typhusbacterien, nach der Methode von Porkowski, zum Zweck der Frühdiagnose, wird noch verschiedentlich beurtheilt. Es steht aber zu hoffen, dass bei verbesserten Untersuchungsmethoden die bacteriologische Diagnostik auch für klinische Zwecke brauchbar sein wird. Beim Nierentyphus, bei welchem der Urin geradezu ein Sediment von

Typhusbacillen enthält, müsste der Nachweis derselben leicht und von unschätzbarem Werth für die Diagnose sein. Auch im Sputum des Lungentyphus und im Exsudate des Meningotyphus müsste derselbe zu finden sein. Auch die bacteriologische Blutuntersuchung, namentlich der Roseolaflecke — ich verweise u. a. auf die schöne Arbeit Neufeld's — müsste in atypischen und complicirten Fällen klinisch verwerthet werden können.

Die Diazoreaction.

Diese durch Jaksch ungerechterweise in Verruf gekommene Reaction Ehrlich's ist ein werthvolles Zeichen in der Diagnose des Typhus. Dieselbe ist entschieden nicht, wie Jaksch will, eine minderwerthige Acetonreaction, sondern der für sie characteristische Farbstoff scheint ein Product des Zerfalls des Körpereiweisses zu sein. Es ist wahr, die Diazoreaction kommt bei vielen anderen Krankheiten vor, doch scheint sie weder bei der Autoinfection des Magendarmcanals, noch bei uncomplicirter Malaria aufzutreten. Da diese Krankheiten aber bei der Typhusdiagnose meist zuerst in Betracht kommen, so hat die Probe desswegen schon einen sicheren Werth. In zwei ambulanten Fällen konnte ich dieselbe bei der ersten Untersuchung constatiren. Die Widal'sche Probe bestätigt die Diagnose.

Zur Diagnose des Typhus.

Die Hauptsache in der Diagnose des Typhus ist immer die Würdigung der Gesammtheit der symptomatischen und aetiologischen Momente; und in der ungeheuren Mehrzahl der Fälle gelingt es hiermit, theils durch die positiven Zeichen des Typhus, theils durch Ausschliessung der anderen möglichen Krankheiten, die Diagnose wenigstens mit allergrösster Wahrscheinlichkeit zu machen. Dieser Satz Griesinger's hat auch heute noch seine volle Gültigkeit. Wird man in praxi vor einen acuten fieberhaften Fall gestellt, so drängt sich sofort die Frage auf, ob man es mit einem typhoiden Fieber zu thun hat oder nicht. Man sucht dann nach den bekannten Zeichen der gewöhnlichen fieberhaften Krankheiten, um schliesslich *durch Ausschluss* die Diagnose Typhoid zu stellen. Man übersieht desswegen einen Typhus nicht so leicht, im Gegentheil, man ist eher geneigt, einen Typhus da anzunehmen, wo es sich um eine andere schwere Krankheit handelt, weil in Anbetracht der Schwere des gegebenen Falles das Typhoid eine gute Prognose abgiebt.

Grössere Schwierigkeit bietet die Diagnose nur dann, wenn das Krankheitsbild durch gewisse hervorragende Zeichen verdeckt oder maskirt wird, also Lungentyphus, Meningotyphus, Nierentyphus, oder wenn es sich um ein der Tuberculose verdächtiges Individuum handelt, oder wenn sich der Typhus mit anderen Krankheiten combinirt, mit der Grippe, der Malaria, der Miliartuberculose, mit puerperalen oder sonstigen septischen Processen. Hierzu kommen noch die Fälle bei jungen Kindern und bei Greisen.

Da eine grosse Anzahl der Fälle dem Arzte erst zu Gesicht kommt, wenn die Erkrankung schon eine oder mehrere Wochen besteht, so genügt häufig nur eine einmalige Untersuchung, um zu einer Wahrscheinlichkeitsdiagnose zu gelangen. Einen Typhus zu übersehen erscheint mir als der grösste Kunstfehler in der inneren Medicin, und ist wohl stets auf ungenügende Untersuchung und Beobachtung zurückzuführen.

Die Hauptsymptome dieser Krankheit sind gewisse Intoxicationserscheinungen, welche sich schleichend entwickeln und im weiteren Verlauf mehr und mehr zum Ausdruck kommen. Erstens: *Intoxicationserscheinungen von Seiten des Nervensystems.*

Stets bekommt man auf Befragen ein bestimmtes Incubationsstadium heraus, dumpfer Kopfschmerz, Müdigkeit und Abspannung, welches sich allmählich an die fieberhafte Periode anschliesst. Der Gesichtsausdruck ist in der ersten Woche schon characteristisch deprimirt. Manche Kranke machen den Eindruck, als wären sie im Initialstadium einer acuten Melancholie. Psychische Depression, Delirien etc., welche in keinem Verhältniss zur Schwere des primären Infectes zu stehen scheinen und unabhängig vom Fieber bestehen können: Dieser Zustand ist characteristisch für Abdominaltyphus. Daher der Name Nervenfieber und Status typhosus im Höhepunkt. Kennt man den Kranken von früher her, so entgeht einem die psychische Alteration nie, mag der Fall auch noch so früh zur Beobachtung kommen.

Der toxische Einfluss auf das Herz.

Während im Initialstadium die Schlagfolge des Herzens eine grosse Labilität zeigt, so ist im weiteren Verlauf die Pulszahl regelmässig retardirt. Die typhöse Bradycardie, der grosse Ab-

stand der Puls- und Temperaturcurve sind nahezu pathognomonisch für diese Infectionskrankheit. Mir ist immer auffallend gewesen, dass deutsche Autoren, so ganz neuerdings z. B. Leichtenstern, welche aus der Temperaturcurve allein mit der auf- und absteigenden Leiter und dem Grade der Remittenz der Fiebercurve, den *Tag* bestimmen konnten, in welchem sich der Kranke befand, so wenig Nachdruck auf den verlangsamten Puls legten, obwohl sie die Dicrotie desselben scharf betonten. Die genaue Beobachtung dieses Phänomens ist aber desswegen um so wichtiger, weil sich daraus die weitgehendsten prognostischen Schlüsse ziehen lassen.

Die stark vergrösserte Milz weist auf tiefgehende toxische Veränderung des Blutes. Der Typhusbacillus, und manches Mal der ihm verwandte Bacillus coli kreisen im Blute selbst. *Die vergrösserte Milz ist schon in der ersten Woche durch Palpation zu constatiren.* Sie entschuldigen, meine Herren, wenn ich bei der Wichtigkeit dieses Gegenstandes etwas näher auf die Milzpalpation eingehe.

Es ist dieses Thema neuerdings wieder von hervorragenden Klinikern, u. A. von Ziemssen in Angriff genommen worden. Ich muss offen bekennen, dass mir die Milzpercussion, resp. die Bestimmung der oberen und unteren Milzgrenze, im Allgemeinen recht unzuverlässige Resultate liefert. Meine Erfahrung ist die, dass ich in der allergrössten Anzahl von Typhusfällen, in der ersten Woche schon, vor dem Eintritt der Tympanie, das eine oder andere Mal die Milz palpiren konnte, während mir die Milzpercussion nur zur Controlle dient.

In allen Lehrbüchern steht, man palpirt die Milz, indem man den Patienten bei angezogenen Beinen die rechte Seiten- resp. Halbseitenlage einnehmen lässt. Der Untersucher drängt dann mit der rechten Hand die unterhalb der Rippen gelegenen Weichtheile nach vorn, und dringt zur selben Zeit mit seiner linken Hand vorn unter den linken Rippenbogen ein. Ist die Milz stark vergrössert, so soll man den unteren Rand des Organes palpiren können.

Ich muss bekennen, dass ich diese Methode der Milzpalpation für verfehlt halte. Bei dieser Procedur spannt sich die Bauchmuskulatur, man glaubt da eine vergrösserte Milz zu fühlen, wo sie nicht existirt, häufiger aber fühlt man die vergrösserte Milz überhaupt nicht.

Diejenigen, welche viele Kinder untersucht haben, bei welchen ja die Milz so häufig vergrössert ist, werden erfahren haben, wie leicht sich die Milz durch eine vorsichtige Palpation in der Rückenlage, durch ein sanftes, doch nachdrückliches Eindringen der palpirenden Hand unter den Rippenbogen constatiren lässt. Bei älteren Kindern und Erwachsenen lässt der Untersucher in passiver Rückenlage, bei weit geöffnetem Munde langsam tief ein- und ausathmen. Auf diese Weise erschlafft die Bauchmuskulatur bei der Ausathmung ad maximum. Zur selben Zeit steigt die vergrösserte Milz mit den Athmungsexcursionen des Zwerchfells auf und ab, und gleitet an die mit stetigem Druck vordringende Hand des Untersuchers. Die characteristische, nach oben sich ausbreitende Form des unteren Milzsegmentes wird hierdurch leicht erkenntlich. Eine etwaig bestehende linke Wanderniere muss ausgeschlossen werden. Uebt man diese Methode bei jeder Untersuchung des Unterleibes als Routine, indem man stets langsam und tief genug einathmen lässt, so ist man erstaunt, mit welcher Häufigkeit die noch mässig vergrösserte Milz zu palpiren ist. Wie vortheilhaft diese Methode ist, kann man sich durch Controlle mit der Untersuchung in der Seitenlage und durch die Milzpercussion überzeugen.

Der toxische Einfluss auf die Verdauungsorgane.

Nahezu constant ist die belegte, zum Trocknen neigende, *zitternde* Zunge, die Pharyngitis und die Erscheinung eines Magencatarrhs. Die grösste Mehrzahl der Typhen, die ich beobachtete, waren verstopft. Es hiess immer, nur in England und hier bei uns käme Diarrhoe bei Typhus selten vor. Doch ersehe ich aus deutschen Berichten, dass auch dort nur bei einem Drittel der Fälle, und dann nur vorübergehend, Diarrhoe auftritt. Initialdiarrhoe ist bei früh in die Behandlung tretenden Fällen überhaupt selten, und kommt nach meinen Beobachtungen zumeist bei solchen Individuen vor, welche einen zum Catarrh geneigten Darm besitzen. Virchow betont, dass die specifisch typhöse Entzündung der Darmfollikel, resp. die Ausdehnung der Darmgeschwüre, von dem Catarrh der übrigen Darmschleimhaut unabhängig sei. Leube bezeichnet die Diarrhoe bei Typhus geradezu als eine toxische Diarrhoe. Wahrscheinlich ist auch die Tymphanie zum grossen Theil auf toxische Einflüsse zurückzuführen. Der hier, sowie in Deutschland häufig vorkommende Colontyphus geht eher mit Verstopfung, als mit Diarrhoe einher.

Ein leichter, concommitirender Bronchialcatarrh, gewisse specifische Ausscheidungen aus der Leber, welche dem Typhusstuhl sein characteristisches Aussehen verleihen, die Roseolaflecken, vervollständigen die immer noch schwankende Typhusdiagnose.

Wie schon oben angedeutet, kann man häufig in der ersten Woche die Diagnose des Typhoids durch Ausschluss stellen. Differentialdiagnostisch kommen aber jetzt schon solche Erkrankungen in Betracht, welche als continuirliche Fieber ohne sonstige subjective oder objective Zeichen verlaufen, oder zweitens solche Erkrankungen, bei welchen die Milz deutlich vergrössert ist, und die eine oder die andere Gruppe der den Typhus begleitenden Symptome aufweisen. So hat Jeder die mit oder ohne Frost einsetzende, ohne Husten, ohne Sputum, ohne Seitenschmerz sich entwickelnde Lungenentzündung gesehen. Die Athmungszahl braucht nicht vermehrt zu sein, der Puls ist im Verhältnisse zum Fieber nicht beschleunigt. Trotz fleissiger Untersuchung des Thorax lässt sich nichts constatiren. Auf einmal tritt eine lobäre Lungenentzündung, mit all den classischen, physicalischen Zeichen auf und stürzt die mühsam aufgebaute Typhusdiagnose über den Haufen.

Im Initialstadium der Masern ist die Milz häufig deutlich palpabel und Diarrhoe nicht selten. Die K o p l i k'schen Flecke können aber die Diagnose der Masern in diesem Stadium schon ermöglichen.

Die verschiedenen Formen der Autointoxicationen des Magendarmcanals resp. der Ptomainvergiftung, die mit Verstopfung oder Diarrhoe einhergehen können, kommen auch hier in Betracht. Bei diesen specifischen, oft schweren Formen der Gastro-Enteritis kann die Milz palpabel sein. Sie lassen sich von unregelmässigen Typhen oft tagelang nicht unterscheiden. Der positive Ausfall der R o s e n b a c h'schen Probe auf aromatische Verbindungen, die Behandlung mit Calomel, die längere Beobachtung kann hier Aufschluss bringen. Vor der Entdeckung der W i d a l'schen Probe blieb die Diagnose dieser Fälle oft unentschieden. Es gehören die Abortivtyphen hierher, die man in der Familie manchmal sieht. Eine in einem Institut epidemisch auftretende fieberhafte Darmerkrankung, welche im Durchschnitt nur eine Woche dauerte, beschrieb S a h l i. Die auf Typhus supponirte Diagnose wurde durch die W i d a l'sche Probe bestätigt.

Seit der epidemischen Grippe ist die Diagnose des Typhus um

das Doppelte schwerer geworden. Die meisten von uns werden mit Leichtenstern nicht übereinstimmen können, wenn er sagt, es hätte ihm die Differential-Diagnose dieser Krankheiten niemals Schwierigkeit bereitet. Man hat auch den Eindruck, dass die Typhen hierzulande viel unregelmässiger verlaufen, als in Deutschland, wenigstens zur Zeit als Wunderlich und seine contemporären Beobachter ihre musterhaften Typhusstudien machten. Ich habe vor der Zeit der Widal'schen Probe Fälle beobachtet, die mir während ihres ganzen Verlaufes und nach dessen Abschluss zweifelhaft blieben, ob es Typhen oder continuirliche Influenzafieber waren. Das continuirliche Grippefieber mit seinen leichten catarrhalischen Erscheinungen von Seiten der Athmungsorgane, die Form, welche mit Lungenentzündung einhergeht und starker Milzschwellung und einen Pneumotyphus simulirt, die intestinale Grippe, nichts ist leichter, als diese Formen mit Typhus zu verwechseln, da der Influenza auch der neurotoxische Character zukommt, und Bradycardie gar nichts seltenes ist. Die Combination von Grippe und Typhus habe ich verschiedentlich während der Grippe-Epidemien beobachtet. In manchen Fällen hat mir die Untersuchung des Blutes mit zur Differentialdiagnose verholfen. Dieselbe liess bei der Grippe die beim Typhus constante Leucaemie vermissen. Jedoch kann man sich bei niederen Fiebergraden auch auf dieses Zeichen nicht verlassen.

Typhus und Malaria.

Da bei uns die Malaria einheimisch ist, und desswegen vergrösserte Milze recht häufig sind, so muss diese Krankheit stets im Beginne in die Differentialdiagnose hineingezogen werden. Das acute Malariafieber hat einen typischen Verlauf mit Frost, Fastigium und Schweiss und ist eigentlich gar nicht zu erkennen. Anders aber bei den unregelmässigen Fiebern, welche, wie mir scheint, erst bei längerem Bestehen der Malariainfection vorkommen. Ich glaube, die Warnung Osler's, man solle jedes über eine Woche sich ausdehnende Fieber als typhusverdächtig betrachten, ist im Grunde genommen berechtigt, da er damit die Aerzte warnt,. einen Typhus nicht zu überschen. Jedoch kann ich dessen Behauptung, der negative Ausfall der Blutuntersuchung auf Plasmodien sei maassgebend für die Diagnose und dessen skeptischen Bemerkungen über spuriöse Malariafieber, nicht ohne

Weiteres beipflichten. Die Blutuntersuchung kann man in der Privatpraxis nur unter grosser Beschränkung ausführen, und ist gar Chinin gegeben worden, was ja meistens der Fall ist, so findet man die Plasmodien im peripherischen Blute eben nicht. Was die spuriösen Malariafieber anbetrifft, so glaube ich, dass wir hier in New York und Umgegend eine grosse Anzahl subacut und chronischer Malariafälle haben. Man braucht nur die Milze genau abzutasten und Temperaturmessungen anzustellen, um dieses Factum zu constatiren. Fernerhin kommt die Combination von Typhus und Malaria nicht so selten vor, wie O s l e r und neuerdings E w i n g behaupten. Ich habe in meiner Erfahrung sechs solcher Fälle zu verzeichnen. Es scheint von vornherein klar, dass in solchen Districten, in welchen die Malaria, die ja eine chronische Constitutionskrankheit darstellt, einheimisch ist, sich mit anderen Infectionen combiniren muss.

Höchst interessant ist die Frage, wie die Malaria sich bei der Typhusinfection verhält, ob sie durch die intercurrente Affection activ wird, und welchen Antheil sie an der Fiebercurve hat. Häufig tritt der Malariaanfall erst nach Abschluss des Typhus auf. Der Annahme, dass ein negativer Ausfall der Untersuchung des Fingerblutes auf Plasmodien beweisend wäre für eine Latenz des Malariaprocesses, kann ich nicht beistimmen. Nach dem was ich selbst gesehen habe und in der Literatur verzeichnet finde, wäre ich geneigt, eine parallel verlaufende Typhus- und Malariainfection anzunehmen.

Studirt man andererseits die von T h a y e r und H e w e t s o n und O s l e r publicirten Fälle, welche als unregelmässige Malariafieber diagnosticirt wurden, weil man Plasmodien fand, so bekömmt man den Eindruck als hätte man es mit einer combinirten Infection von Malaria und Typhus zu thun. Namentlich sind mir die Fälle sehr verdächtig, bei welchen, obwohl Plasmodien im Blute gefunden wurden, intestinale Erscheinungen im Vordergrunde standen und die Diazoreaction positiv ausfiel. Diese Frage ist sehr wichtig wegen der Dosirung der Typhen mit Chinin.

Typhus und Miliartuberculose.

Jeder kennt den von S e n a t o r beschriebenen Fall, bei welchem es sich in vivo nicht entscheiden liess, ob Typhus, ob Miliartuberculose. Es bestanden die klassischen Zeichen eines Typhus,

es war aber auch eine Lungenverdichtung an der Basis vorhanden. Tuberkelbacillen fand man nicht. Schliesslich lautete die Diagnose Abdominaltyphus. Bei der Section fand man Tuberculose der Lungen. Obwohl Schwellung der Darmfollikel vorhanden war, so bemerkt Senator, dass sich anatomisch Typhus nicht nachweisen liess. Ich fasse auch diesen Fall als combinirte Infection auf, umsomehr da seitdem ähnliche Fälle beschrieben wurden, bei welchen die bacteriologische Untersuchung der Organe und der positive Ausfall der Widal'schen Probe neben einer unzweideutigen Tuberculose des Darms und der Lungen die combinirte Infection nachwies.

Für die Differenzirung der Tuberculose und des Typhus scheint mir unter Anderem der Blutbefund maassgebend. In den Fällen, die ich gesehen, die sich allerdings meist auf Kinder beziehen, fand sich bei der Tuberculose eine ausgesprochene Leucocytose gegenüber der nie fehlenden Leucophenie beim Typhus.

Abdominaltyphus ohne Darmlaesion.

Während der napoleonischen Kriege befielen Hungertyphus und Abdominaltyphus die Truppen. Aus dem Bestreben der Aerzte, diese beiden Krankheiten zu differenziren, entstand die Grundlage zur anatomischen Kenntniss des Abdominaltyphus. Man fand constant beim Ileotyphus einen specifischen Process der Peyer'schen Plagues, die Schwellung des Ileocoecalstrangs und die Typhusmilz. Die Kliniker waren im Stande, dem anatomischen Process im Darm nach Wochen und Tagen zu folgen durch die Beobachtung der typischen Fiebercurve des Typhoids. Atypisch erschienen nur solche Fälle, bei welchen sich neben den Darmerscheinungen ein in den Vordergrund tretender Entzündungsprocess in gewissen Organen localisirte, so in den Lungen, Nieren und den Meningen.

Durch die Entdeckung des Eberth'schen Bacillus und der Widal'schen Blutprobe sind wir in den Stand gesetzt, diese Varietäten, welche oft grosse diagnostische Schwierigkeiten darbieten können, in vivo und post mortem zu diagnosticiren. Durch die genannten Untersuchungsmethoden sind wir aber noch einen Schritt weiter gekommen. Es hat sich nämlich gezeigt, dass es ein typhoides Fieber giebt, bei welchem eine specifisch-typhöse Darmerkrankung überhaupt nicht existirt, bei welchem sich der Process ausschliesslich auf eines oder mehrere der inneren Or-

gane beschränken kann und den Darm ganz frei lasst. Also Abdominaltyphus ohne Darmlaesion. Die Untersuchung des Blutes, der Galle, der Mesenterialdrüsen, der Milz, ergiebt die Anwesenheit des Typhusbacillus. Zu den bekannten atypischen Typhen kommt jetzt noch der Milztyphus, welcher mit beträchtlicher Milzschwellung einhergeht, und wo der typhöse Process sich scheinbar ganz im Blute abspielt, also eine reine typhöse Septicaemie gegenüber der schon längst bekannten septicaemischen Mischinfection. Neuerdings sind auch Fälle beschrieben worden, bei welchen ausschliesslich das Herz resp. die Leber, und sogar Gallenblase resp. Uterus als alleiniger Sitz typhöser Entzündung autoptisch nachgewiesen wurden. Der Darm war in diesen Fällen frei geblieben. Ob es nicht auch einen reinen Knochentyphus giebt?

Im Lichte der neueren Forschung scheint es also als hätten wir es beim Typhus nicht mit einer pathologisch-anatomischen Einheit, sondern mit einer vielgestaltigen Infection zu thun. Die Verbreitung des Typhusbacillus im Blute, in den Geweben, den Secreten und Excreten des Körpers, sowie die Erfahrungen, die bis jetzt gesammelt wurden, in der Beschaffung eines wirksamen Typhusserums (dasselbe steht jetzt schon in Aussicht), Alles dieses spricht dafür, dass der Abdominaltyphus, und zwar schon der gewöhnliche Fall, eine Allgemeinerkrankung darstellt, dessen Ursprung und vornehmliche Localisation im Darm zu suchen ist, dessen Entfaltung aber im Blute und den Geweben von statten geht.

Ein Beitrag zur Lehre von der Vererbung.

Von Dr. Ad. Cohn (Adlershof).

(Schluss.)

Der erste, der schon unter dem Einfluss der säcularen That Darwin's solche oben geforderte Genealogien aufstellte, um die Zusammengehörigkeit der unser Seelenleben beherrschenden Gesetze mit der allgmeinen Biologie zu zeigen, war wohl auf dem Gebiete der Psychiatrie Morel[12]). Sehen wir uns eine seiner Aufstellungen an, die den 21 Jahre alten zur Beobachtung stehenden X. betreffen:[13])

Erblichkeit und Blutverwandtschaft, Délire des Actes, Verlust der affectiven Gefühle lautet die Diagnose.

1. *Generation.*	2. *Generation.*
Grosseltern (welcherseits ist nicht angegeben) sind mit krankhafter Vererbung behaftet. (?!)	Vater epileptisch mit häufigen Anfällen von Coma und Bewusstlosigkeit. Mutter schielt und ist taub. Onkel sonderbar, schielt, wird als geisteskrank angesehen. Vetter Kleptomane, sehr jung gestorben.

3. *Generation.* 12 Kinder	4. *Generation.*
I an Convulsionen gestorben.	fehlt.
II der obige junge X. Irre.	?
III VII XI XII auch an Convulsionen gestorben.	fehlt.
IV VI IX an Hirnblutung verstorben.	„
V epileptischer Knabe.	„
VIII junges Mädchen schielt. Chorea.	?
X hydrocephaler Knabe schielt.	fehlt.

Wir finden hier schon trotz der etwas mangelhaften Specialisirung in der zweiten Generation das, was wir cumulirte erbliche Belastung nennen, und stehen gar nicht an, die schon hier deutlich gezeigte Zuspitzung im 3. Geschlechte, sowie das Aussterben einer solchen schönen Familie im 4. als die weise Einrichtung der Selbstreinigung zu betrachten und obiges Schema als heute noch vollständig zu Recht anerkannt anzuführen. — Wenn wir auch heute im Gegensatze zu den früheren Ansichten die Möglichkeit der Vererbung aller unserer äusseren und inneren Eigenschaften leugnen und das Zuzammentreffen derselben verschiedenen Zufälligkeiten der Erziehung, der Entwickelung, des gleichen Milieus, der gleichen Ernährung zuschreiben[14]), so bin ich auch heute noch mit Schüle einverstanden, wenn er die scharfe Trennung von ererbter Praedisposition und vererbter Krankheit macht. Zunächst sind unsere Kenntnisse von der Pathologie des Embryo so mangelhaft, dass wir nur sagen können, zwischen der Befruchtung und dem Momente der Geburt liegen so viele Zeitabschnitte, in denen eine Schädigung der an und für sich gesunden Keimanlage stattfinden kann, dass wir absolut ausser Stande sind zu sagen, liegt beim Neugeborenen eine angeborene oder erst

im intrauterinen Leben oder erst während der Geburt erworbene Krankheit oder eine traumatische Schädigung vor. Nun liegen doch aber unzweifelhaft Fälle von Beobachtungen vor, dass, trotzdem nur ein Keimplasma bei der Copulation von einem gesunden Erzeuger, das andere aber von einem kranken stammte, dennoch eine gesunde Nachkommenschaft entstand. Wir müssen in einem solchen Falle annehmen, dass das von einem kranken Erzeuger stammende Material wohl im Stande war, das gesunde Keimplasma zur Theilung und Fortentwickelung zu bringen, dass aber das kranke Keimplasma mit seinen für die Vererbung in Frage kommenden Tendenzen von dem gesunden Keimplasma unterdrückt und nicht zum weiteren Aufbau benutzt wurde. Können wir sonst eine andere Erklärung dafür finden, wenn uns Lorenz eine Ahnentafel eines fürstlichen Geschlechtes[15]) aufstellt, das im 14. Jahrhundert von einem sächsischen Kurfürsten und einer Prinzessin aus dem jetzt längst erloschenen Hause Jülich-Cleve-Berg erzählt, dass dieselbe 13 Kinder gehabt und später selbst, nach der Beschreibung wahrscheinlich, an progressiver Paralyse gestorben sei und trotzdem ein noch heute in geistig hochbegabtem Mannesstamme existirendes Geschlecht hinterlassen. Wer kenn nicht Bernhard von Sachsen-Weimar, den Führer der Lutherischen im 30jährigen Kriege, wer nicht Carl August, den Freund und Beschützer Göthe's? Sicher ist später in diese doch immerhin von einer geisteskrank gestorbenen Urmutter stammende Familie viel gesundes Blut hineingekommen, und es ist unter Vermeidung von Inzucht, wie es der Thierzüchter nennt, Kreuzung in der Familie vorgenommen worden, zunächst aber hat sicher das aus dem Sperma des gesunden Kurfürsten stammende Keimplasma das mütterliche wohl schon zur Zeit der vielen Zeugungen kranke Keimplasma der Prinzessin überwogen.

Zwar steht mir zur Zeit nur dieser eine ausführliche Fall als Beweismaterial zu Gebote, doch hoffe ich, dass eine spätere Zeit[15b]) mehr solcher beweisender Genealogien mit practisch verwerthbaren pathognomonischen Bemerkungen finden und aufstellen wird. Nur über drei Generationen erstreckt sich der Stammbaum der Patientin G:

Stammbaum der Patientin G. originäre Paranoia, Zwangsdenken und -handlungen.

A. Vater: nervös, abnorm erregbar.

Ascendenz: a) dessen Vater hitzig.
b) dessen Mutter launenhaft.
c) Geschwister:
1. Bruder misanthrop, lebt getrennt von der Familie.
2. Bruder unglücklich verheirathet, verschollen.
3. Schwester hysterisch, reif für die Irrenanstalt.
a. Tochter: † Suicid im Tiefsinn.
b.—g. Kinder nervös
h Kind gesund
4. Bruder sehr nervös.
5. Schwester † nervös.
Sohn: M. V. geisteskrank, Lues, † durch Suicid.
3 normale Töchter.
6. Bruder leicht erregbar.
Gesunde Kinder.
7. Schwester ebenso leicht erregbar, sonst normal.
Gesunde Kinder.

B. Mutter: blutarm, magenleidend, Lungenspitzencatarrh, sehr empfindlich, erregbar.
Ascendenz: a) deren Vater: periodisch melancholisch, Hypochonder.
Sein Bruder paranoisch.
b) deren Mutter: schwachsinnig.
c) Geschwister der Mutter B.
1. Bruder hochbefähigt, war wiederholt melancholisch.
2. Schwester schwachsinnig.
Mehrere Geschwister normal.

C. Geschwister der Patientin G.
Schwester sehr erregbar, jetzt besser.
Bruder normal.

Auch hier sehen wir trotz cumulativer Belastung innerhalb der kranken Familie immer wieder einzelne gesunde Nachkommen, weil trotz krankhafter Praedisposition sonstige günstige Umstände zur Geistesgesundheit geführt haben.

Also mit den vererbten Krankheiten ist es nichts. Sind krankhafte Keime da und es kommt nicht zur Vermischung mit gesundem Blute, so schafft sich die Natur selbst Rath und das Geschlecht stirbt aus, wie wir es an der M o r e l'schen Familie oben gesehen haben. Eine Strafe Gottes bis ins siebente Geschlecht kennen wir nicht.

Anders steht es mit den vererbten pathologischen Praedispositionen, d. h. einem in Folge der Erblichkeit übertragenen Schwächezustand des Organismus, wodurch derselbe noch nicht ausserhalb der physiologischen Grenze gestellt ist, wohl aber eine so geringe Widerstandsfähigkeit besitzt, dass er selbst durch Reize, die noch in normaler Breite liegen, zur wirklich erkennbaren Krankheit gebracht wird. Es sind dies die organisch Belasteten Griesinger's oder psychisch kränklichen Naturen Schüle's oder Koch's psychopathische Minderwerthigkeiten, die gesund bleiben, so lange keine grossen körperlichen oder geistigen Anforderungen an sie gestellt werden. Diese Menschen von einer gesteigerten Erregbarkeit, der eine viel schnellere Ermüdung ja Erschöpfung des Gehirns folgt, befinden sich immer nur in labilem Gleichgewichte. Nur mit der Hetzpeitsche getrieben leisten sie den Durchschnitt der andern Schüler in der Jugend. Pubertät und Menstruationsbeginn, schon bei gesundem Körper und Geiste von so grossem Einflusse auf die somatischen Zustände der meisten, lassen diese unverstandenen Kinder, diese erbarmungswürdigen Geschöpfe wie ein Rennpferd zusammenbrechen und liefern dann die vielen Fälle von Paranoia s. Dementia praecox, dank dem Unverstande der Eltern, die in der Unfähigkeit ihrer Kinder, das von anderen geleistete Pensum zu erreichen, nur Faulheit und Widersetzlichkeit sehen. Dann kommen die Krankheitsbilder zu Stande, die bei scheinbarer äusserer körperlicher Gesundheit nur noch die Reste einer geistigen Individualität erkennen lassen, Zertrümmerungen der geistigen Persönlichkeit. Als Kinder schon leichter erregbar, gemüthlich schwächlich, dabei energielos, zeigen sie meist in ihrer grossen Geneigtheit zu Krämpfen, zu unruhigem aufgeweckten Schlafe, oft mit Nachtwandeln, schon den kranken Keim, dessen nächste Entfaltung sich in bald erwachenden Bizarrerien, vorzeitigem Geschlechtstriebe, geringer körperlicher Widerstandsfähigkeit etc. kundgiebt. Gleichwohl kann die Entwickelung bei sorgsamer Diätetik eine noch normale werden; die Anlage kann sogar zurücktreten, wahrscheinlich in vielen Fällen ausheilen. In zahllosen andern aber tritt Straucheln ein. Pubertät, Gravidität und Puerperium bilden die Klippe und es erscheint an der auf relativ geringe Schädlichkeit auftretenden Psychose (Paranoia simplex acutissima praecox) der bis dahin verdeckt gebliebene Invalide.[16])

Seit Gall und Morel sind für diese Kranken auch bestimmte Stigmata degenerationis aufgestellt worden: Die Asymmetrie des Schädels, die fliehende Stirn und die Abplattung des Hinterhauptes sind mit dem Morel'schen Ohre d. h. plattenförmige Abflachung der Conchae und sonstige Missbildung des Ohres, andererseits der plötzliche Ausbruch der Krankheit (Paranoia acutissima), die Polymorphie der Symptomenbilder, Zeichen von Moral insanity bei relativ intacter Intelligenz sind als characteristisch für erblich degenerative Erkrankung beschrieben worden. Seitdem aber Lombroso, ein geistiger und geistreicher Fortsetzer der Gall'schen Schädellehre in seinem l'huomo delinquente ein Bild des geborenen Verbrechers, ähnlich den obigen Kranken mit fliehender Stirn und angewachsenen Ohrläppchen gezeichnet hat, sind solche äussere Degenerationszeichen in Misscredit gekommen und können nur noch als Begleiterscheinung psychischer Krankheitssymptome Geltung beanspruchen. Ja, Kraepelin[17]) hält für die practische Beurtheilung des einzelnen Falles das Zusammentreffen derartiger Erscheinungen mit psychischer Entartung wegen des Fehlens einer durchgreifenden Gesetzesmässigkeit für nahezu werthlos. Der Schlussact des Dramas spielt sich immer im Irrenhause ab. Kindisch und unbesorgt vegetiren sie nur noch, essen und trinken, nehmen an nichts Antheil, sind ohne jede Initiative, läppisch ohne jede Theilnahme an ihrer Umgebung, wechseln sie trotzdem von heute auf morgen. Bald sind sie von kaltem Egoismus, unberechenbar in ihren Sympathieen und Antipathieen, bald verlangen sie nach Hause, sehnen sich nach ihren Angehörigen, um es im nächsten Augenblicke zu vergessen, kurz, sie zeigen sich von einem solchen geistigen Defecte, dass man ein ander Mal erstaunt ist, wie gross ihr geistiger Besitz noch ist. Man spricht ihnen die ersten Worte der Ilias vor und sie schnurren die Verse herunter, als ob sie dieselben eben erst gelernt hätten. Ein Mediciner in diesem Zustande beschrieb ziemlich gut die Symptomatologie des Typhus, ein anderer Patient erzählte von der Reise, die er mit seinem Vater an den Gardasee gemacht, aber alles kommt so monoton hervor und sprudelt heraus, wie wenn eine bespielte Walze des Phonographen losschnurrt. Noch wechseln Melancholie mit Exaltationen bis vollständige Idiotie das Bild beschliesst (Fall Dr. K. und Stud. E., Jena 98).

Schon Morel sagt, diese Merkmale, d. h. die Neigung der

erblich degenerativ Belasteten zur Degenerescenz, unterscheiden die thierischen Rassen und Spielarten von den Menschen. Die ersteren haben die Neigung auf den ursprünglichen Typus zurückzukehren, wenn sie dem Einflusse, unter dem sie entstanden waren, entzogen sind. Die Degenerescenzen dagegen, einmal entstanden, haben die Neigung sich zu erhalten und zu verschlimmern, wenn ihr Einfluss nicht durch bestimmte Verhältnisse aufgewogen wird.[18])

Viel häufiger aber kommt es nicht zu dem geschilderten schweren Ausgange des degenerativen Irreseins, sondern die geistige pathologische Praedisposition führt zu den grossen Neurosen: der Neurasthemie, der Epilepsie und der Hysterie. Wieweit auf diesem Gebiete die Erblichkeit in Frage kommt, steht noch nicht fest; gerade hier wird die Aufstellung von Genealogieen wohl Aufklärung bringen. Sicher ist nur, dass gerade hier leichter die Keimesschädigungen als Ursache der Vererbung in Frage kommen. Sowohl chronische Intoxicationen als Infectionen, als auch constitutionelle Erkrankungen sind als Keimschädiger bekannt geworden. Wieweit der Alcohol hierbei als Ursache der chronischen Intoxication einwirkt, zeigt das folgende Schema einer Patientin F., deren Diagnose lautet: Erbliche Degeneration, Alcoholismus.

I. *Generation*:

Vater: Parvenu, höchst brutal, Potator.
Mutter: ? † im Wochenbette.

II. *Generation*:

Geschwister: 1. Bruder † als Student in Folge von Trunksucht.
2. Bruder war Officier, heirathete eine Putzmacherin, nahm den Abschied, lässt sich seitdem von seiner Frau ernähren, trinkt.
3. Patientin.
4. Schwester verheirathet, war wegen Trunksucht anderthalb Jahr in Irrenanstalt.
5. Schwester ebenso ein halbes Jahr wegen Trunksucht.
6. Bruder Trunkenbold, vom 19. Lebensjahre an 2 Jahre im Armenhause, seitdem verschollen.

III. *Generation*:

Kinder: 5 leben. Mit Ausnahme des ältesten haben die Kinder spät laufen und sprechen gelernt. 1 hat „Anfälle", 1 spricht im Schlaf und schreit laut auf, 2 Kinder im Alter von 3 Monaten gestorben. 2 Aborte im 3. und 6. Monate.

Hier zeigt sich namentlich in der III. Generation deutlich die krankhafte Praedisposition, während zum Ausbruche der allgemeinen Trunksucht in der II. Generation vor allem wohl das ganze häusliche Milieu, Erziehung und Angewöhnung bei schon psychisch belasteten Individuen beigetragen hat. Häufiger aber ist in der Descendenz, nicht wie im obigen Falle, die gleichartige Krankheit, sondern, falls Descendenten erkranken, diese ganz andere und unter sich verschiedene Krankheitsformen acquiriren. So steht nach mannigfacher Beobachtung fest, dass acuter Alcoholismus eines Erzeugers zur Zeit der Zeugung sehr häufig Epilepsie hervorruft. Nach Binswanger's[19]) Beobachtungen an Epileptikern sind ausser 29,66 pCt., bei denen in der Ascendenz Nerven- und Geisteskrankheiten, bei 22,03 pCt. der Epileptiker Alcoholismus als aetiologisches Moment zu betrachten. Keimesschädigungen als Ursache der pathologischen Praedisposition sind ferner anzunehmen, wenn es sich bei den Eltern um Lues gehandelt hat, sei es nun, dass diese direct auf die keimbereitenden Organe, wie Ovarium und Testes, sei es, dass sie Schädigungen des zugeführten Blutes vor der Copulation oder des den Keim ernährenden Blutes in seiner Zusammensetzung bewirkt hat. Diese letztere Art der Wirkung müssen wir auch bei den anderen Infectionskrankheiten annehmen, trotzdem nur spärliches Beweismaterial vorliegt. Noch spärlicher ist das Material, wenn man den Einfluss elterlicher constitutioneller Krankheiten auf die Praedisposition der Kinder zu Geistes- und Nervenkrankheiten untersucht. Nur ist, wie Binswanger[20]) sowohl bei der Neurasthenie als auch bei der Epilepsie anführt, das häufige Vorkommen des Arthritis deformans und Gicht mit den Geistes- und Nervenkrankheiten innerhalb einer erblich belasteten Familie auffällig. Féré hat auch mehrere Individualstammbäume beigebracht. Ich möchte nur auf obigen Stammbaum der Pat. F. noch wegen des Vorkommens der Rhachitis bei den Kindern der III. Generation hinweisen.

Dass übrigens Intoxicationen nicht immer für die Nachkommenschaft verderblich sind, hat Jahrmärker kürzlich in einem Vortrage: Ueber bleibende Folgen des Ergotismus für das Nervensystem ausgeführt, der 13 Familien in einem Dorfe bei Marburg, die vor Jahren an Ergotinvergiftung erkrankt waren, untersuchte, und von denen er auch die Nachkommenschaft von

11 Familien nachsah; alle waren frei von Degenerativerscheinungen.

Dem Grade nach kann man bei den Degenerirten überhaupt 3 Gruppen unterscheiden. In die erste gehören diejenigen, die nur körperliche Stigmata haben, wie die oben erwähnten abnormen Formen der Gesichts- und Kopfknochenbildung, des Morel'schen Ohres, der partiellen Ergrauung der Haare (s. Familie Rouhan) u. A. In die zweite Gruppe gehören diejenigen, die neben diesen auch geistige Stigmata besitzen. Kommen bei diesen meist leicht bestimmbaren, im noch labilen Gleichgewichte befindlichen Individuen concurrirend Excesse in Bacho et Venere, Menses, Pubertät oder sonstige affective Umstände hinzu, so entstehen bei diesen häufig Nerven- und Geisteskrankheiten, die im Anfange wenigstens noch reparabel sind. Als schwerster und 3. Grad psychischer Erkrankung stellt sich bei degenerativ Erkrankten degeneratives Irresein ein, verbunden in späteren Stadien mit Schwachsinn; nach geringen Anlässen mit stürmischem Uebergange gleich einsetzend und Zwangszuständen, immer unserer Therapie trotzend. Allen aber ist die geringe Toleranz gegen Alcohol eigen; ja bei diesen psychisch Minderwerthigen können nach Alcoholgenuss nicht nur die Zeichen der Intoxication, sondern selbst transitorische Bewusstseinsstörungen und epileptiforme Zustände mit Amnesie eintreten.

Bei unserer Auffassung von der Vererbung, dass diese nur Praedispositionen schafft, die beim Hinzutreten einer an sich geringwerthigen Noxe eine erblich degenerative Psychose oder Neurose schafft, wird man von einem diesen Erkrankungen eigenthümlichen pathologisch anatomischen Befunde vorläufig nicht sprechen können. Gleichzeitig aber ergiebt sich aus dieser Definition der Weg, den die Therapie zu betreten hat. Zunächst müssen alle die Schädlichkeiten, die wie Alcohol, Nicotin, Theobromin, Blei, Opium u. A. bei erblich degenerativ Belasteten so schwer gleich einwirken, ferngehalten werden. Andererseits bietet das Verhalten dieser Praedisponirten bei gelegentlichem Alcoholgenuss einen Fingerzeig, diesen Individuen gegenüber vorsichtiger zu sein. Ist gar in der Familie schon ein Fall von Erkrankung auf Grund erblich degenerativer Belastung constatirt, so empfiehlt es sich, bald das Milieu der anderen krankheitsverdächtigen zu ändern, und zwar nicht nur das äussere Milieu

der Umgebung, der Wohnung, der Angehörigen, des Verkehrs, sondern auch der Lebensgewohnheiten und der Ernährung. Vor allem aber erscheint die Erziehung von wesentlicher Bedeutung für die Entwickelung der psychischen Persönlichkeit. Zwar kommen immer wieder einzelne Menschen vor, die unrettbar auf die psychische Erkrankung zutreiben, aber andererseits giebt die Erziehung und zwar sowohl die körperliche als auch die geistige Ausbildung des Verstandes wie des Characters, fern von Vernachlässigung oder auch Ueberanstrengung, allein die Leistungs- und Widerstandsfähigkeit, die der Kampf ums Dasein von jedem Einzelnen erfordert.

Ich schliesse, indem ich Herrn Hofrath Binswanger für Ueberlassung des Materials sowie Herrn Dr. Tecklenburg für seine Unterstützung bei der Arbeit meinen Dank ausspreche.

---

[12]) Morel, Traité des maladies mentales; traité des dégénérescences de l'espèce humaine, de l'hérédité morbide progressive 1873.

[13]) In Schüle, Geisteskrankheiten 1880, S. 230.

[14]) Als Analoga erwähne ich die grosse Aehnlichkeit bei alten Ehepaaren, deren gleiche Schicksale auch der Gesichtsmaske beider gleiche Züge in der Haut, vielleicht sogar durch gleichen Muskelzug auch im Kopfskelette hervorrufen.

[15]) Lorenz: Lehrbuch der gesammten wissenschaftlichen Genealogie 1898.

[15*b*]) Inzwischen ist in der Münch. med. Wochenschr. No. 45, 1901, S. 1787 aus der Binswanger'schen Klinik eine Arbeit von Dr. Strohmeyer erschienen: Ueber die Bedeutung der Individualstatistik bei der Erblichkeitsfrage in der Neuro- und Psychopathologie. Auf diese Arbeit sowie einen Vortrag von Martius: Das Vererbungsproblem in der Pathologie, Berl. klin. Wochens. No. 30 u. 31 1901, will ich nächstens in einem Referat zurückkommen.

[16]) Schüle, l. c. 231.

[17]) Psychiatrie, Leipzig 1896, S. 90.

[18]) Siehe Legrand du Saulle, Die erbliche Geistesstörung, übers. v. Stark 1874. Daselbst auch eine Statistik über die Bedeutung der Vererbung für die Entstehung psychischer Erkrankungen die zwischen 4 pCt. und 90 pCt. (!) schwankt.

[19]) Epilepsie, Wien 1899, XII. Band von Nothnagel's spec. Pathol. u. Therapie, S. 82.

[20]) l. c. 86 anschliessend an die Ansichten der Schule Charcot's.

Mittheilungen aus der neuesten Journal-Literatur.

Dermatologie.

M. Bockhart (Wiesbaden): *Untersuchungen über die parasitäre Natur des Eczems und über das Staphylotoxin-Eczem.*

Aus dem Ergebnisse der vom Verf. mitgetheilten höchst interessanten Untersuchungen lässt sich die nachstehende Theorie von der Entstehung und Entwicklung des Eczems aufstellen: Das Eczem ist eine infectiöse Entzündung der Oberhaut. Die Erreger des Eczems sind Staphylococcen. Es entsteht und entwickelt sich auf folgende Weise: Die gesunden Hautfollikel eines praedisponirten Individuums können durch irgend eine innerhalb oder ausserhalb des Körpers liegende Ursache, die den Nährboden der Coccen im Follikel verbessert, zu vermehrter Lebensthätigkeit gebracht werden. Eine Folge des nun lebhafteren Stoffwechsels der Coccen ist die Excretion von Staphylotoxin. Sobald das Staphylotoxin aus dem Follikel in die Epidermis diffundirt, veranlasst es vermöge seiner serotactischen Wirkung die Bildung von Papeln und Bläschen in der Oberhaut. Die Papel oder das Bläschen über dem Follikel enthält dann Serum und Staphylococcen. Die Papeln oder Bläschen in der unmittelbaren Nachbarschaft des Follikels enthalten klares Serum und zunächst keine Staphylococcen; sie bleiben eine Zeit lang steril. Nach einiger Zeit vermehren sich die Staphylococcen in dem Bläschen an der Mündung des Follikels. Dann wandern auch Leucocyten in dieses Bläschen ein. Später können diese Staphylococcen auf dem Wege der Saftspalten in der ödematösen Epidermis auch die sterilen Bläschen in der Nachbarschaft secundär inficiren. In dem serösen Inhalt dieser Bläschen treten dann ebenfalls Leucocyten auf. Ob die Bläschen im späteren Verlauf pustulös werden oder ihren leucoserösen Inhalt bewahren, hängt vom Plasmingehalt der Staphylococcen ab. Die eröffneten Bläschen und die nässende Eczemfläche und ihre Umgebung können durch Staphylococcen von hohem Staphyloplasmingehalt inficirt werden. Dann entstehen die das Eczem complicirenden Eiterkrankungen der Haut, Impetigo staphylogenes und Furunkel. Geht das Eczem nicht in Heilung über, wird es chronisch, dann entstehen unter anderem Gewebsveränderungen im Corium und im subcutanen Bindegewebe, die nicht direct durch die Staphylococcen veranlasst sind.

Das Resultat dieser Untersuchungen des Verf. ist, wie man sieht, nichts anderes als eine Bestätigung der bekannten und viel bekämpften Unna'schen Theorie von der parasitären Natur des Eczems. (Monatsh. für Pract. Dermatologie, Bd. XXXIII, No. 9.)

Scharff (Stettin): *Die Pasta serosa* Schleich's. *Homogene Dermatotherapie.*

Bei seinem Suchen nach einem Körper, welcher sich in seinem Chemismus möglichst demjenigen des Gewebes, welches „der Reparation, der Entlastung und Schonung bedürftig erscheint", nähert, kam Schleich auch auf das Blutserum. Aus diesem Eiweisskörper construirte er dann seine „chirurgischen und dermatologischen Serumpräparate" in folgender Weise: Ein Liter möglichst sauber aufgefangenes Ochsenblutserum wird mit 500 g Zinkoxyd gemischt; diese Masse wird sodann auf Glasplatten gestrichen, getrocknet und dann abgeschabt. Dieses so gewonnene „Zincum serosum" wird nun sterilisirt. Dieses Pulver bildet die Grundlage von Schleich's Pasta serosa und seines Pulvis serosus. Erstere bildet eine ganz dickflüssige, leicht streichbare Masse, letzteres stellt einen durch Eosinzusatz rosafarbenen Puder dar.

Nach Verf. stellt sich nun in der That die Pasta serosa als ein werthvolles Dermatotherapeuticum dar. Zunächst und in erster Linie empfiehlt er dasselbe gegen fast alle Formen von Dermatitis und acutem Eczem, der Jodoformdermatitis ausgenommen, welche nach seinen Erfahrungen am besten durch Pinselung mit purem Ichthyol und nachfolgender Amylumpuderung darüber zur Abheilung gelangt. Verf. stimmt mit Schleich darin überein, dass die Pasta bei Exsudationsprocessen chemischer oder thermischer Provenienz oder bei durch Wundsecret entstandenem Intertrigo geradezu ein erstklassiges Mittel ist, um die Haut ruhig zu stellen, sie auszutrocknen und die tiefen Epidermislager der blasigen Haut wieder zur Anlegung zu bringen. Gute Dienste thut die Pasta serosa auch bei Balanitis simplex und den gereizten Hauträndern der Ulcera cruris. Die stark austrocknende Wirkung der Paste bewährt sich besonders bei Verbrennungen ersten und zweiten Grades; doch muss sie hier dick aufgestrichen werden, um die Blasen, nachdem der Inhalt derselben durch Anstechen entfernt ist, wieder zur Anlegung an das Corium zu bringen. Die Verwendung des Pulvis serosus ist bei weitem beschränkter als die der Paste. (Ibidem.)

Batsch: *Massage bei Lymphangitis.*

B. empfiehlt sehr warm auf Grund einer Beobachtung an sich selbst die Anwendung der Massage bei Lymphangitis. B. hatte sich gelegentlich der Spaltung einer Mastdarmfistel mit dem Messer in die linke Zeigefingerspitze gestochen und auf diese Weise eine locale Infection zugezogen, an die sich eine sehr schmerzhafte, fieberische Lymphangitis anschloss, die sich bis zur Achselhöhle erstreckte. Der locale Herd wurde gespalten und der Arm drei Mal täglich mit grauer Salbe je ½—1 Stunde massirt. Das Verfahren bewährte sich ausgezeichnet, und glaubt B. nur der Massage zuschreiben zu können, dass er von ausgedehnten

Abscedirungen und schlimmeren Folgen der Infection bewahrt blieb. Zur Massage schritt er von folgenden Erwägungen ausgehend: Es war sicher, dass es sich um eine schwere Infection handelte, bei der die Entwicklung der Bacterien mit ungeheurer Schnelligkeit vor sich ging. Zuerst blieb der Infectionsstoff in der Umgebung der Wunde liegen, weil vielleicht die kleineren Lymphbahnen verstopft waren. Als aber der Infectionsstoff erst eine grössere Lymphbahn erreicht und dadurch mehr Platz zur Entwicklung erhalten hatte, da ging letztere so rapid vor sich, dass schon nach 1½ Stunden viele Lymphbahnen des Unterarmes und ein grosser Lymphstrang des Oberarms mit Bacterien vollgestopft waren. Es war B. dann klar, dass auf diese Weise sehr bald die Lymphbahnen verstopft sein würden, weil der Lymphstrom nicht mehr im Stande sein würde, die Unmassen von Bacterien weiterzuschwemmen. Hochgradige Gewebsstörungen am Arme mussten die unausbleiblichen Folgen sein. Die Lymphbahnen mussten also künstlich nach oben entleert werden, um Platz zu schaffen für die Fortschwemmung der sich neu entwickelnden Bacterien. Allein nicht nur Entlastung des Armes von der zerstörenden Kraft der Bacterien sollte durch die Massage bewirkt werden, sondern es sollte durch dieselbe auch erreicht werden, dass die Bacterien möglichst schnell in die Blutbahn behufs Abtödtung eingeführt wurden. B. wird auch in Zukunft die Massage in frischen Fällen von Lymphangitis und Lymphadenitis, sowie bei Phlegmonen im Anfangsstadium empfehlen und selbst anwenden. (Wiener klin. Rundschau, 1901, No. 8.)

O. Schulze (Cottbus): *Ein seltener Fremdkörper der Harnröhre.*

Ein 50jähriger Mann litt seit längerer Zeit an einem weisslichen Ausflusse, der von einer Erkrankung der Prostata herrührte. Er hielt dies jedoch für Samenfluss und war in grosser Angst, weil er glaubte, daran sterben zu müssen. Er war nun der Ansicht, wenn er den Samen am Herausfliessen hindere, wäre die Gefahr beseitigt. Um dies zu bewirken, verfertigte er sich eine besondere Vorrichtung, die er in die Harnröhre steckte. In ein 9½ cm langes Stück eines schwarzen Kautschukschlauches von 7 mm äusseren Durchmesser hatte er ein 2 cm langes Stück eines Bleistiftes gesteckt, das er der Länge nach ausgehöhlt hatte, so dass ein etwa 3 mm weiter Canal darin verlief. Die obere Oeffnung dieses Canals hatte er erweitert und einen Holzstöpsel zurechtgemacht, mit dem er den Canal verschliessen konnte. Diese Vorrichtung hatte er nun so in die Harnröhre gesteckt, dass der Kautschukschlauch ganz in ihr lag, der obere Theil des ausgehöhlten Bleistiftstückes aber aus der Harnröhrenöffnung hervorragte. Durch diese Röhre liess er den Urin und verschloss nach jedesmaligem Uriniren die Vorrichtung mit dem Holzstöpsel,

um dadurch den vermeintlichen Samenfluss zu verhüten. Mehrere Wochen hatte er beständig diesen Fremdkörper in der Harnröhre getragen, als einmal nach dem Urinlassen beim Aufsetzen des Holzstöpsels plötzlich das hervorragende Bleistiftstück in dem Innern der Harnröhre verschwand und nicht mehr hervorzubringen war. Daraufhin traten Schmerzen, Verdickung der Harnröhre, Oedem der Vorhaut auf. Sch. entfernte nach Einspritzung einer 2 proc. Cocainlösung mit einer schmalen Polypenzange den Fremdkörper. Im weiteren Verlaufe trat als Folge Narbenverengerung der Harnröhre mit Erschwerung des Urinlassens auf. (Münchener med. Wochenschr., 1901 No. 9.)

F. Pendl: *Fremdkörper in der männlichen Harnblase.*

P. bereichert die Casuistik um zwei neue Fälle. In dem einen Falle handelte es sich um einen zweijährigen Knaben, der unter Weinen und Schmerzen blutigen Urin entleerte. Bei der Untersuchung mit der Steinsonde fühlte man ein mässig grosses, hartes Concrement. Bei der Operation (hoher Steinschnitt) fand sich in der Blase ein um das dicke Ende einer Nähnadel gebildeter Stein. Wie die Nadel in die Blase gelangt war, darüber war nichts zu eruiren. P. nimmt als das Wahrscheinlichste an, dass das Kind die Nadel verschluckt und dass dieselbe den Darm perforirt hat und dann in die Blase eingewandert ist.

Der zweite Fall betrifft einen 38jährigen Kutscher, in dessen Blase man bei dem hohen Blasenschnitt eine reichliche Anzahl bis zu 4 cm langer incrustirter Paraffinstäbchen fand. Patient gab an, dass ihm ein seither verstorbener Arzt zur Behandlung einer chronischen Gonorrhoe Wachsstäbchen in die Harnröhre eingeführt habe. Allein seine Angaben waren derart unglaubhaft und widersprechend, dass ihnen kein Gewicht beigelegt werden konnte. P. glaubt vielmehr, dass der Patient sich Paraffin verschafft und sich die von ihm selbst geformten Stäbchen in die Urethra eingeführt habe, vielleicht in der Annahme, dadurch einer Conception vorbeugen zu können. (Wiener klin. Wochenschrift, 1901, No. 6.)

R. Kaufmann (Frankfurt a. Main): *Ueber Stypticin. I. Mittheilung. Stypticin als lokales Hämostaticum.*

K. wendet seit über 2 Jahren das Stypticin local zur Stillung parenchymatöser Blutungen an und ist mit dem Erfolge sehr zufrieden. Beim Endoscopiren drückt er mittels Tamponträger in 2 proc. Stypticinlösung getauchte Watte wider die blutende Fläche und erzielt stets, falls die Blutung nicht von einer entfernteren stricturirten Stelle herrührt, eine sehr prompte Stillung, so dass er die Untersuchung zu Ende führen kann. Besonders werthvoll hat sich ihm die locale Blutstillung mit diesem Mittel bei Blutungen nach Bougirungen, sowie bei Dilatationen erwiesen. Er führt in diesen Fällen Urethralstäbchen aus Stypticin

0,03—0,04 und Gelatine 1,5 ein. Weiter leistete das Stypticin sehr nützliche Dienste zur Blutstillung nach Exstirpation kleiner Hautgeschwülste, wie Warzen und vor Allem der Condylomata acuminata, sowie bei blutenden Geschwüren. Desgleichen erprobte K. das Stypticin bei Phimosenoperationen zur Stillung der kleinen parenchymatösen Haemorrhagien, wie sie bei der Loslösung von Verwachsungen des inneren Praeputialblattes mit der Glans entstehen. Zu diesem Zwecke wandte er es in Form der im Handel vorkommenden 30procentigen Stypticinwatte oder -Gaze an. Ob eine Blutstillung capillärer Blutungen, wie sie bei Prostatahypertrophie oder Tumoren der Blase vorkommen, die oft jede cystoscopische Untersuchung unmöglich machen, durch Stypticin erfolgt, darüber besitzt K. keine persönliche Erfahrung, doch möchte er die Aufmerksamkeit der Collegen auch auf diesen Punkt richten. (Monatsh. für Pract. Dermatologie, 1902, No. 4.)

R. Newman (New York): *Armamentarium and Modus Operandi of the Treatment of Urethral Strictures by Electrolysis.*

Verf. empfiehlt auf das Wärmste zur Behandlung der organischen Harnröhrenstrictur die Electrolyse. Dieselbe hat folgende Vortheile: 1. Sie ist bei jedem beliebigen Sitz der Strictur an irgend einer Stelle der Urethra anwendbar. 2. Die Electrolyse wird auch dann noch Erfolg haben, wenn andere Operationsverfahren oder die Geschicklichkeit des Operateurs im Stiche gelassen haben. 3. Electrolyse verursacht weder Schmerz noch sonstige Störungen. 4. Sie ist gefahrlos. 5. Sie ist weder von Blutungen, noch von Fieber oder sonstigen unangenehmen Nebenerscheinungen gefolgt. 6. Sie schafft sofort Erleichterung. 7. Der Patient kann während der ganzen Dauer der Behandlung seinen Geschäften und seinem Berufe nachgehen. 8. Es tritt kein Rückfall ein.

Lässt die Electrolyse im Stich, so können nach N. die folgenden Factoren die Schuld tragen: 1. Der Operateur selbst. 2. Unrichtige Diagnose. 3. Fehlerhafte Instrumente. Nach N. muss das Verfahren, wenn richtig und gewissenhaft vorgenommen, in jedem Falle von Erfolg begleitet sein. Er beschreibt dann ausführlich das erforderliche Instrumentarium und die Art der Ausübung der Operation. (Journ. of Advanced Therap., 1902, Jan.)

SITZUNGSBERICHTE.

Deutsche Medicinische Gesellschaft der Stadt New York.

17 West 43. Strasse.

Montag, den 6. Januar 1902.

Präsident Dr. Geo. W. Jacoby eröffnet die Sitzung um 8¼ Uhr.

Secretär Dr. John A. Beuermann verliest das Protocoll der vorigen Sitzung, welches genehmigt wird.

Präsident Dr. Geo. W. Jacoby: Es liegt zunächst ein Bericht des Typhuscomités vor. Die Herren des Comités sind noch nicht hier, so dass wir die Anhörung des Berichtes verschieben müssen. Mittlerweile will ich den Herren nur mittheilen, dass ich dem Beschlusse der Versammlung gemäss ein Comité erwählt habe, und zwar die folgenden Herren: Dr. A. Jacobi, Dr. I. Adler Dr. Richard Stein, Dr. August Seibert, Dr. L. Weber und Dr. F. Schwyzer. Dieses Comité mit Ihrem Präsidenten ex officio hat einige Sitzungen abgehalten und wird Ihnen, wie gesagt, heute Abend den Bericht zur Begutachtung vorlegen.

1. *Vorstellung von Patienten, Demonstration von Praeparaten, Instrumenten u. s. w.*

a. Dr. A. Schapringer: Ein Fall von *amaurotischer familiärer Idiotie* (Sachs).

Fälle von familiärer amaurotischer Idiotie sind in den letzten Jahren hier in New York in verschiedenen medicinischen Gesellschaften häufig genug vorgestellt worden, so dass das Bild dieser neuen Krankheit, wenigstens den Specialisten, sehr geläufig geworden ist, und ich werde nicht nöthig haben, näher auf Einzelheiten einzugehen. Ich will Ihnen kurz die Geschichte liefern, die ich durch die Freundlichkeit von Dr. Hymanson, in dessen Behandlung sich das Kind befindet, erhalten habe. Dr. Hymanson hat auch in liebenswürdiger Weise mir gestattet, den Fall hier vorzustellen, wofür ich ihm sehr zu Dank verpflichtet bin. Derselbe schickte mir das Kind vor etwa 10 Tagen zur ophthalmoscopischen Untersuchung. Dabei wurde der pathognomische Befund im Fundus oculi festgestellt und dadurch die Diagnose ermöglicht, die bis dahin zweifelhaft war. Die Geschichte ergiebt ziemlich genau dieselben Verhältnisse, wie sie bei anderen Kindern, welche diese Krankheit bisher gehabt haben, gefunden worden sind.

Das Kind wurde gesund geboren und entwickelte sich in den

ersten Monaten normal, geistig sowohl wie körperlich. Bei den Eltern ist weder Syphilis, Tuberculose, Alcoholismus, noch Consanguinität zu constatiren. Ungefähr im fünften Monat trat unter Unruhe des Kindes, die ein bis zwei Tage anhielt, eine Otorrhoe auf. Das Ohr lief ungefähr zwei Monate lang, dann hörte der Ausfluss auf. Nach dieser Zeit, also ungefähr im 8. Lebensmonat, wurde bemerkt, dass das Kind schwächer wurde, dass es den Kopf nicht gut halten und nicht aufrecht sitzen konnte, dass es theilnahmslos wurde und dass es die ihm vorgehaltenen Gegenstände offenbar nicht erkannte. Es konnte auch die Gegenstände nicht mehr mit den Händen ergreifen, sondern liess sie immer zwischen den Fingern fallen. So entwickelte sich der Zustand, wie er jetzt vorhanden ist. Das Kind ist vollständig theilnahmslos. Es wird noch an der Brust genährt und nimmt die Nahrung gut. Es ist auch bemerkt worden, was den Geschmackssinn anbelangt, dass es bitter und sauer verabscheut, dagegen süsse Sachen gern nimmt. Im übrigen aber ist es vollständig theilnahmslos und kennt, wie es scheint, seine Eltern nicht mehr.

Der Befund an dem Augenhintergrunde ist der für die genannte Krankheit typische: ein weisses Feld, entsprechend der Gegend der Macula lutea und zwar symmetrisch auf beiden Augen, und im Centrum dieses Feldes ein braunrother Tupfen. Die Sehnervenscheibe zeigt in beiden Augen graue Trübung und Verminderung des Kalibers der Centralgefässe.

Es ist merkwürdig, dass alle Fälle, welche man bisher beobachtet hat, bei russischen Juden vorgekommen sind. Auch nicht ein einziger sichergestellter Fall ist bisher bekannt geworden, wo diese Krankheit bei einer anderen Rasse aufgetreten wäre. Die Beobachtungen stammen hauptsächlich aus New York und aus England, wo Waren Tay im Jahre 1881 zuerst darauf aufmerksam machte, da er die typische Veränderung im Augenhintergrunde fand. Sachs hat den Namen amaurotische familiäre Idiotie eingeführt, und derselbe ist allgemein angenommen worden. Familiär bedeutet, dass die Krankheit gewöhnlich zwei oder mehr Geschwister in der Familie befällt. Die Mutter hat zwei Kinder. Dies ist das zweite. Das erste Kind, welches 3 bis 4 Jahre alt ist, ist gesund. Dieses Kind ist jetzt 15 Monate alt. Ein Gross-Oheim des Kindes hat 11 Kinder gehabt. Unter diesen waren fünf, die sämmtlich vor dem zweiten Lebensjahre starben, und zwar unter genau denselben Verhältnissen, wie sie sich bei dem vorgestellten Kind hier darbieten.

Es wird also die Casuistik durch diesen Fall mit einem Schlag um sechs Fälle vermehrt, denn es ist kein Zweifel, dass diese fünf Kinder des Grossonkels in derselben Weise zu Grunde gegangen sind.

Ich habe noch ein Symptom zu erwähnen, das hier wie bei den meisten anderen Fällen zu Anfang der Krankheit beobachtet

wurde, eine sog. Hyperakusis, eine übermässige Empfindlichkeit des Gehörorgans. Bei plötzlichem Geräusch fuhr das Kind in auffälliger Weise zusammen. Das hat sich jetzt gegeben, wahrscheinlich deswegen, weil das Kind überhaupt nicht mehr hört.

Die Reflexe hat Dr. Hymanson untersucht und normal gefunden, ferner auch die Reaction auf den Faradischen Strom. Die Lähmung, die vorhanden ist, ist eine schlaffe; in anderen Fällen ist eine spastische Lähmung beobachtet worden. Herr Dr. Hymanson beabsichtigt, eine ausführliche Beschreibung des hier vorgestellten Falles im „New York Medical Journal" erfolgen zu lassen.

Die letzte Arbeit über den Gegenstand rührt von Higier in Warschau her. Es sind nämlich auch in Russisch-Polen einige Fälle beobachtet worden, im eigentlichen Russland aber eigenthümlicher Weise bisher noch kein einziger. Das liegt aber wohl darin, dass unter den Aerzten der kleinen Orte das Krankheitsbild noch nicht bekannt ist.

Was die practische Seite des Gegenstandes anbelangt, so hat man bisher leider auch nicht das mindeste gefunden, wodurch man der Sache vorbeugen oder sie heilen könnte. Es ist vorgeschlagen worden, das Kind nicht von der Mutter nähren zu lassen. Hirsch, von dem eine eingehende pathologisch-anatomische Untersuchung eines besonderen Falles herrührt, meinte, dass es sich wahrscheinlich um ein Toxin handelt, das im Körper der Mutter circulirt und durch die Milch auf das Kind übergeht. Demgemäss hat nun auch Higier in einem Falle, wo frühere Kinder an dieser Krankheit zu Grunde gegangen waren, das nächstgeborene Kind von der Mutterbrust fernhalten lassen. Ferner wurde, da es sich um einen Knaben handelte, die rituale Circumcision unterlassen. Das Kind ging aber in derselben Weise auch zu Grunde, wie die früheren.

Was nun die pathologische Anatomie betrifft, so sind bisher nur wenige Untersuchungen geliefert worden. Nach der ersten Untersuchung, die Sachs selbst machte, kam er zu der Ansicht, dass gewisse vorgefundene Veränderungen in den Ganglienzellen der Rinde des Gehirns der Ausdruck einer Agenese oder Aplasie sind, angeborener Mangel der Entwickelung. Er ist aber selbst von dieser Ansicht zurückgekommen, seitdem spätere Untersuchungen es klar gelegt haben, dass diese Veränderungen der Ganglienzellen der Ausdruck einer Entartung sind, die in ursprünglich gesundem Nervengewebe aufgetreten ist.

Noch eine Bemerkung über den kirschrothen Tupfen in der Mitte des grossen weissen Feldes im Augenhintergrunde. Das weisse Feld entsteht dadurch, dass Gebilde, welche in gesundem Zustande durchsichtig sind, durch pathologische Processe undurchsichtig werden und Licht reflectiren. Es handelt sich hier hauptsächlich um die Schichte der grossen Ganglienkugeln, welche bekanntlich in der Macula lutea stärker ausgebildet ist

und eine grössere Anzahl von Lagen bildet. Die Fovea centralis entbehrt der Ganglienzellen. Es giebt also hier nichts, was sich trüben und daher weisses Licht reflectiren könnte. An dieser Stelle bleibt also die Farbe des Augenhintergrundes, die normale und der kirschrothe Tupfen stellt an und für sich eigentlich nichts pathologisches, sondern nur in der Mitte eines krankhaft veränderten Gebietes ausgepartes normales Areal dar. Bei der microscopischen Untersuchung eines einschlägigen Falles, welche jüngsthin von Mohr in Budapest ausgeführt wurde, fand sich in der Gegend der Fovea centralis Zerfall des Pigmentepithels mit Fortschwemmung der Pigmentkörner in die vor dem Epithel gelegenen Schichten. Dieser von Mohr festgestellte Befund ist wohl als gegeben anzunehmen, wenn bei der Augenspiegeluntersuchung der centrale Tupfen nicht kirschroth, sondern tief braunroth und theilweise schwarz erscheint.

b. Dr. F. Bierhoff: *Ein neues Ureteren- und Irrigations-Cystoscop.* (Liest.)

Demonstration des Instruments.

c. Dr. Rud. Denig (Patientin vorstellend): Ich habe Ihnen vor zwei Jahren und vor einem Jahre Fälle von operirter hochgradiger Kurzsichtigkeit vorgestellt. Ich habe seitdem eine weitere, wenn auch kleine Anzahl solcher Fälle dem operativen Verfahren unterzogen und möchte mir erlauben, den letzten Fall, den ich erst kürzlich operirt habe, heute Abend kurz zu demonstriren. Er beweist aufs neue, dass man bei sorgfältiger Auswahl operativer Maassnahmen und bei engerer Indicationsstellung ausserordentlich segensreiche Hilfe durch die Operation erzielen kann. Das Sehvermögen war in diesem Fall, practisch gesprochen, — da die volle Correction nicht vertragen wurde — blos ein Zehntel auf dem rechten Auge, und auf dem linken Auge war das Sehvermögen noch schlechter, da die Myopie noch viel grösser war, als auf dem rechten. Ausserdem wurde das linke Auge zum Arbeiten in der Nähe gar nicht benutzt. Ich habe nun das linke Auge operirt, und heute ist die Sehkraft auf dem linken Auge nahezu normal geworden.

Bericht des Typhus-Comités.

Dr. F. Schwyzer verliest hierauf den Bericht des oben erwähnten Typhus-Comités.

Die Versammlung beschliesst, auf Antrag von Dr. J. W. Gleitsmann den Bericht entgegenzunehmen.

Dr. L. Weber: Die Idee des Comités ist die gewesen, dass die Deutsche Medicinische Gesellschaft als Körperschaft durch ihren Präsidenten und Secretär der Stadtverwaltung resp. dem Bürgermeister der Stadt New York den Bericht überreicht. Was Par. 1 betrifft, so wird natürlich bei einer solchen Vorlage sofort die Frage entstehen: Sind überhaupt jemals Typhusbacillen im Crotonwasser nachgewiesen worden? Soviel ich weiss, ist in

der Stadt New York kein einziger Fall beobachtet worden, dessen Aetiologie direct auf bacillenhaltiges Crotonwasser zurückzuführen wäre. Wie Sie aus dem Bericht ersehen, ist das Comité bestrebt gewesen, wesentlich prophylactisch zu arbeiten und die Autoritäten der Stadt New York darauf aufmerksam zu machen, dass, wenn bis jetzt auch das Crotonwasser noch nicht durch Typhusbacillen verunreinigt ist, es doch bei der zunehmenden Häufigkeit der Fälle, wie sie von Jahr zu Jahr auftreten, nur eine Frage der Zeit ist, wann eine Typhusepidemie hervorgebracht werden kann, welche durch typhusbacillenhaltiges Crotonwasser verursacht ist. So ist denn von einem Herren des Comités, Herrn Dr. Seibert, darauf aufmerksam gemacht worden, dass es wichtig sei, den Paragraphen 1 mit einem kurzen statistischen Bericht zu belegen und in Zahlen anzugeben, wie bedeutend die Typhusmorbidität in München und anderen Städten — und es ist wichtig, auch amerikanische Städte anzuführen, wie z. B. Albany — verringert worden ist, seitdem man das Trinkwasser, welches die Städte versorgt, durch ein Kiesfilter geleitet hat. Es wird also wichtig sein, bei der Ausarbeitung dieses Berichts dem Par. 1 einen solchen kurzen statistischen Bericht hinzuzufügen. Wenn wir in dem Bericht mittheilen, wie günstig diese Gravel- oder Kiesfilter drüben und hier gearbeitet haben, so ist es wahrscheinlich, dass unsere Stadtverwaltung prophylactisch in dieser Richtung etwas thun wird.

Was die anderen Punkte betrifft, so haben dieselben nicht nur ein wissenschaftliches, sondern ein eben so grosses Interesse vom prophylactischen Standpunkt aus wie der erste Paragraph, und ich glaube nicht, dass zu den folgenden Paragraphen 2, 3 und 4 irgend etwas zu bemerken ist oder etwas daran zu ändern wäre.

Dr. H. Riedel: Ich unterschreibe jedes Wort des verlesenen Berichts, nur scheint mir die Möglichkeit, dass der Typhoid-Giftkeim oft nicht durch den Mund mit Speise oder Trank eingeführt, sondern *eingeathmet* wird, mit Unrecht unbetont geblieben zu sein. In Uebereinstimmung mit den besten Autoritäten habe ich nicht den geringsten Zweifel, dass die genannte Möglichkeit besteht, und ich habe gute Gründe an dieser Thatsache nicht zu zweifeln, denn ich selbst habe ein Typhoid durchgemacht, dessen Diagnose klinisch unanfechtbar war und dessen aetiologische Anamnese — ich getraue mich zu sagen, *zwangsweise* — auf eine genau drei Mal 24 Stunden vor dem Einleitungs-Fieberfroste stattgehabte Einathmung von Kloaken-Effluvien zurückführte. Ich will selbstverständlich nicht ein Tüpfelchen der Wichtigkeit reinen Trinkwassers und reiner Nahrungsmittel entzogen haben, nur glaube ich, die Möglichkeit, dass auch die Typhoid-Bacillen eingeathmet werden können, sollte nicht unberücksichtigt gelassen werden. In Anbetracht der hierzulande vielgepflogenen Gewohnheit wohlhabender Familien, dass sie, für die Dauer ihres Genusses der Sommerfrische in der Hütte des

Landmanns, ihre städtischen Paläste zwar gegen Einbruch von Dieben durch nahezu hermetischen Verschluss sicher stellen, gleichzeitig aber durch bald unzulänglich gewordenen Abschluss der Waterclosets von den Kloaken ein Eindringen microscopischer Mörderbrut in die penetralia ihres Heims zulassen.

Dr. Hermann G. Klotz: Ich finde den Bericht des Comités ausserordentlich eingehend und ausführlich, aber ich kann nicht umhin, meine Meinung auszusprechen, dass es für practische Zwecke weit besser sein würde, die Sache kürzer zu fassen und namentlich sich zunächst auf die Filtration des Wassers zu beschränken; denn wenn Sie zuviel verlangen, sind Sie viel eher in der Gefahr, Nicht zu bekommen. Der eine Punkt ist doch der wichtigste und sollte in Zukunft am meisten betont werden, das ist die Filtration. Ausführungen mehr wissenschaftlicher Natur werden, glaube ich, an dem Ort, für den sie bestimmt sind, nicht so guten Erfolg haben.

Dr. I. Adler: Ich habe die Discussion nicht mit gehört, aber zu dem, was Herr Dr. Klotz soeben gesagt hat, möchte ich bemerken: Wenn wir doch einmal bei der Typhusprophylaxe sind, sollten wir auch alle diejenigen Punkte in unserer Eingabe einschliessen, die in der Beziehung gewiss von Wichtigkeit sind, und sollten uns nicht auf die Wasserfiltration beschränken. Das scheint mir umsomehr begründet, als die ganze Discussion in allen diesen Jahren sich darum gedreht hat, dass viele Leute sagten, der Typhus wird in New York überhaupt nicht durch Wasser verbreitet. Und bis zu einem gewissen Grade haben die Leute recht. Es giebt jedes Jahr in New York unzählige Typhusfieber, die sich ganz bestimmt auf andere Infectionsträger zurückführen lassen. Wir glauben daher, dass wir uns nicht allein auf das Trinkwasser beschränken sollten. Die anderen Sachen sind so einfach und so verhältnissmässig leicht, dass sie ohne weiteres durchgehen, wenigstens den Bericht im Ganzen nicht verhindern werden.

Die Versammlung beschliesst nunmehr auf Antrag aus der Mitte der Versammlung, den Bericht anzunehmen.

Dr. L. Weber: Ich stelle jetzt den Antrag, dass dem Comité noch ein paar Tage Zeit gegeben werden, um das statistische Material beizufügen, und ferner, dass der Bericht dann ins Englische übersetzt und als Eingabe der Deutschen Medicinischen Gesellschaft, von dem Präsidenten und dem Secretär unterzeichnet, dem Mayor der Stadt New York übergeben wird.

Die Versammlung beschliesst diesem Antrag gemäss.

2. Bericht des Präsidenten über den Zustand und die Thätigkeit der Gesellschaft.

3. Präsident Dr. Geo. W. Jacoby theilt mit, dass die Candidaten Dr. C. D. Isenberg, Dr. E. J. Bero und Dr. Abram Brothers in der Abstimmung zu ordentlichen Mitgliedern der Gesellschaft gewählt worden sind.

4. Vortrag. Dr. L. A. Ewald: *Ueber Parametritis posterior.* (Der Vortrag ist in der Januar-Nummer als Originalarbeit publicirt.)

Discussion. Dr. S. W. Bandler: Die Frage der Retroversion des Uterus ist eine sehr wichtige. Persönlich glaube ich, dass eine Retroflexio mobilis als solche absolut keine Bedeutung für die betreffende Patientin hat. Ist eine Retroflexio oder Retroversio fixata vorhanden, dann haben wir gar nicht mehr eine Retrodeviatio simplex, sie ist dann eine peritonische Krankheit. Die Hauptsache aber in diesen Fällen, mit einer Ausnahme, die Dr. Ewald besprochen hat, ist, dass wir einen Congestionszustand haben. Die Fälle sollten wirklich unter den Namen Hysteroptose gestellt werden. Wir finden z. B. im Leibe Gastroptose, Enteroptose, und im Becken der Frauen haben wir ähnliche pathologische Zustände erworben, und auch congenital. Ich kenne die pathologischen Arbeiten von Ziegenspeck. Ich habe sie mehrmal durchgelesen, und ich kann nicht sagen, dass wir es da mit einer Entzündung zu thun haben. Ich glaube, dass wir Oedem und Congestionszustände vor uns haben, und desshalb sind die guten Resultate, die Dr. Ewald durch Ventrofixation mitgetheilt hat, ermöglicht. In dem fünften Fall z. B. hat er den Uterus an die vordere Bauchwand genäht, und in ein paar Wochen sind die Beschwerden besser geworden. Wenn, wie Bernard Schultze sagt und, wie ich nicht glaube, hier als Aetiologie eine Entzündung zu nennen wäre, warum sollten wir diese Besserung haben, wenn wir nur einfach den Uterus höher nähen und so stellen, dass die Ligamenta lata und alle Ligamente im Becken Ruhe haben? Dadurch sind nur Congestionszustände gebessert. In dem anderen Fall von Retroflexio hat Dr. Ewald die Besserung auch in derselben Weise erzielt. In dem dritten oder vierten Fall, wo der Uterus fixirt war und ein Ovarium und vielleicht die Tube auch afficirt war, hat man durch Ventrofixation eine Besserung erzielt, da man die Adhäsionen gelöst hat. Ich glaube im Allgemeinen, dass die Aetiologie dieser Krankheit in einem congenitalen und in manchen Fällen in einem erworbenen Zustand zu finden ist. Ich habe solche Fälle längere Zeit beobachtet und finde, dass man mit einer allgemeinen Behandlung sehr gute Resultate bekommen kann. Die beste Behandlung finde ich in den Kohlensäurebädern. Ich habe durch diese Kohlensäurebäder, welche die Circulationszustände, nicht allein im Becken, sondern überall, vermindern und das Herz stärken, die grösste Besserungen in diesen Fällen gewonnen. Die Mittheilungen des Vortragenden waren sehr interessant, weil wir entscheiden müssen, ob wir der alten Theorie von Bernard Schulze folgen oder die neue acceptiren sollen. — Dr. H. J. Boldt: Herr Dr. Ewald hat uns das Bild der Parametritis posterior genau vorgeführt, und ich möchte in dieser Hinsicht eigentlich nichts hinzufügen, aber therapeutisch möchte ich mich

ganz bestimmt dagegen wenden, dass der Leib bei einer derartigen Erkrankung geöffnet wird. Ich bin fest überzeugt, dass Parametritis posterior unter keinen Umständen meiner Ansicht nach Indication zur Laparotomie bildet. Ob nun die Ursache der Erkrankung so häufig die gonorrhoische Infection ist, möchte ich ebenfalls dahingestellt sein lassen, denn die schwersten Fälle der Parametritis posterior sehen wir doch häufig bei unverheiratheten Frauen, wo wir alle Ursache haben, anzunehmen, dass sie niemals inficirt wurden. Bei einer Retroflexio mobilis ist die Ventrofixation nicht indicirt, obgleich sie besonders in Europa ziemlich häufig vorgenommen wurde, besonders in früherer Zeit; in den letzten Jahren ist man jedoch auch in Deutschland mehr davon abgekommen, bei Retroflexio mobilis die Ventrofixation auszuführen, und macht statt dessen die Verkürzung der Ligamenta rotunda, d. h. wenn die Retroflexio genügende Symptome verursacht, um überhaupt einen operativen Eingriff zu gebieten. Dann habe ich aus dem Vortrag vernommen, dass Dr. E w a l d bei Bestand der Parametritis posterior Pessare einlegt. Es ist ja doch eine allgemein bekannte Thatsache, dass bei Empfindlichkeit der Retrouterinligamente ein festes Instrument wie Hartgummi nicht vertragen wird, und bei einer chronischen Parametritis posterior kommt es gar nicht selten vor, dass derartige Beschwerden verursacht werden, dass man doch besser thäte, das Instrument zu entfernen. Wie der letzte College eben gesagt hat, werden wir bei einer derartigen lokalen Entzündung doch die besten Resultate durch Bäder, durch Massage und durch allgemeine Hygiene erzielen. Ueberhaupt ist doch die genaue Pathologie der Erkrankung noch nicht so richtig festgestellt. Z i e g e n s p e c k war es nicht möglich, an der Leiche den besonderen pathologischen Zustand zu eruiren, so dass wir es hauptsächlich mit den klinischen Symptomen und dem Tastbefunde zu thun haben und danach unsere Diagnose stellen. Wir gehen von dem Grundsatz aus, dass in dem Zellgewebe in den retrouterinen Falten noch viel Muskelgewebe vorhanden ist mit Ueberzug des Peritoneums, und es unterliegt keinem Zweifel, dass das Peritoneum ebenfalls angegriffen ist. Hauptsächlich aber möchte ich, wie gesagt, hervorheben, dass bei Bestehen einer Parametritis posterior eine derartige Operation wie Ventrofixation nach unserer jetzigen Auffassung der Erkrankung nicht indicirt ist. — Dr. J. A. S c h m i t t: Es ist ein löbliches Unternehmen seitens des Herrn Dr. E w a l d, uns wieder einmal ein Krankheitsbild vorzuführen, das, wie ich glaube, die Popularität der Practiker nicht erworben hat, aus dem einfachen Grunde, weil man die Berechtigung bestritten hat, eine locale Entzündung des Parametriums mit einem besonderen Namen zu belegen. Mit demselben Rechte könnten wir auch eine laterale Parametritis aufstellen oder eine Parametritis anterior, die ja bekanntlich sehr characteristische Symptome, speciell mit Bezug auf die Blase, hervorruft. Aber trotzdem sind wir ge-

nöthigt, anzugeben, dass die Parametritis posterior im Allgemeinen mit drei Symptomen verbunden ist, nämlich mit chronischer Metritis, mit entzündlicher Verdickung der Ligamente, die vom Uterus nach dem Kreuzbein ziehen, und mit Anteversio uteri. Wenn wir diese Symptome zusammennehmen, sind wir wohl berechtigt, auch das Krankheitsbild Parametritis posterior aufrecht zu erhalten. Es ist in vielen Fällen ausserordentlich schwer zu unterscheiden, welche Symptome der Parametritis posterior oder der chronischen Metritis zuzuerkennen sind, denn in Wirklichkeit sind sehr viele Symptome beiden Krankheiten gemein. Und namentlich was nervöse Symptome betrifft, ist es schwer zu unterscheiden, ob chronische Metritis oder Parametritis posterior die zu Grunde liegende Ursache ist. Auf eine Ursache scheint mir nicht genug Gewicht gelegt worden zu sein, nämlich, dass eine Parametritis posterior häufig mit chronischer Metritis eine Folge der Subinvolution nach dem Wochenbett ist; denn die Ligamenta sacro-uterina enthalten bekanntlich glatte Muskelfasern, diese nehmen an der Hypertrophie theil, und bei Subinvolution wird eine Verdickung des Uterus sowohl wie der Ligamente zurückbleiben. Höchst auffällig ist mir immer die ausserordentliche Hartnäckigkeit der nervösen Symptome gewesen, die mit Parametritis superior verbunden ist. Ich weiss wirklich nicht, welches die Ursache von so schweren nervösen — localen, wie allgemeinen — Symptomen ist. Es scheint mir fast, als ob eine angeborene nervöse Schwäche eine grosse Rolle bei dieser Affection spielt. Während einzelne Naturen an den Folgen der chronischen Metritis und Parametritis posterior ausserordentlich leiden, finden wir andere, mit demselben Leiden behaftet, kaum klagen. Es scheint mir, dass wirklich eine allgemeine nervöse Belastung dabei im Spiel ist, wo es nur eines geringen Anstosses bedarf, um das ganze Gefolge der nervösen Symptome hervorzurufen. Dass bei solchen localen Beckenleiden wie Parametritis posterior und chronischer Metritis so häufig die Ovarien unnöthigerweise entfernt worden sind zur Beseitigung der nervösen Symptome, wissen Sie zur Genüge; leider hat man so kastrirte Patientinnen nicht geheilt, sondern hat zu ihren Beschwerden noch diejenigen einer künstlichen Menopause hinzugefügt. Was die Fälle von Retroflexio uteri betrifft, die Herr Dr. Ewald erwähnt und mit dem Messer behandelt hat, so bezweifle ich allerdings mit Herrn Dr. Bandler, dass dieselben mit der Parametritis posterior etwas zu thun haben. — Dr. L. A. Ewald (Schlusswort): Die Indication zur Operation will ich nicht weiter berühren. Es ist uns aber allen bekannt, welch schreckliche Folgen in Folge Circulationsstörung die Lage des Uterus für das Nervensystem zuweilen hat, und wir wissen, dass Retroflexio uteri bei den Frauen, die oft geboren haben, der erste Schritt zum Collaps ist. Was ich aber besonders berühren wollte, ist, dass ich in allen Fällen von Parametritis posterior und

Retroflexio uteri selbstredend eine conservative Behandlung einleite, Massage u. s. w. Hinsichtlich des anatomischen Befundes glaube ich nicht, dass es sich bei Parametritis posterior einfach um Congestion handelt, denn Congestionszustände können niemals diese riesigen Symptome auslösen.

Dr. H. J. Boldt: In Anschluss an den Bericht, den Sie, Herr Präsident, heute vorgelesen haben, wäre es wohl am Platze, dass wir unsere Nebengesetze änderten, und ich möchte daher den Vorschlag machen, dass der Verwaltungsrath die Nebengesetze einer genauen Prüfung unterzieht und uns Vorschläge zur Abänderung unterbreitet. Insbesondere wäre, glaube ich, ein Nominationscomité, wie Sie es in Ihrem Berichte angedeutet haben, kurz vor der Wahl am Platze. Ein solches Comité besteht in verschiedenen Vereinen und würde wohl vielen Uebeln abhelfen. Vielleicht giebt es noch verschiedene andere Punkte in den Nebengesetzen, welche ebenfalls einer Aenderung bedürfen.

Präsident Dr. Geo. W. Jacoby: Der Verwaltungsrath wird sich in seiner nächsten Sitzung dieser Sache annehmen.

Schluss und Vertagung.

Therapeutische und klinische Notizen.

— *Eisentropon bei Tuberculose.* In seiner Arbeit „Die Hetol- (Zimmtsäure-) Behandlung der Lungentuberculose und ihre Anwendung in der ärztlichen Praxis" (Therap. Monatsh., 1901, December) betont Franck die Nothwendigkeit, neben der Hetolbehandlung auf Appetit und Gewichtszunahme der Patienten zu wirken. Er brachte zu diesem Zwecke eine Reihe der zur Zeit gebräuchlichen Nährpräparate in Anwendung, welche fast alle von Tuberculösen nur mit Abwechselung, oft auch gar nicht genommen wurden. Nur das Eisentropon machte eine Ausnahme. F. ist daher schliesslich gänzlich auf dieses Präparat abgekommen, das sowohl durch die gleichmässigen Erfolge, als auch durch seinen Preis sich am besten bewährte. Es bildet eine Zusammensetzung aus Eiweiss mit organisch gebundenem Eisen und gewährleistet durch diese Beschaffenheit eine ganz besonders leichte Resorbirbarkeit des Eisens. Der bei Tuberculösen meist vorhandenen Neigung zu Diarrhöen wird dadurch auch in sehr wirksamer Weise entgegengetreten, während es den Magen und damit den Appetit in keiner Weise schädigt. Das Eisentropon ist gänzlich verschieden von dem reinen Tropon, welches bekanntlich seiner mangelnden Löslichkeit wegen vielfach schwierig intern anwendbar ist. Das Eisentropon löst sich in kalter und warmer Milch vollkommen auf und wird, da es wie Chocolade schmeckt, von den Patienten sehr gern genommen. Die Zähne werden nicht angegriffen, Verstopfung oder Durchfälle nicht verursacht. Die gewöhnliche Dosis ist 3 Theelöffel pro Tag, und hat F. in Fällen, die der Besserung überhaupt zugänglich waren, eine durchschnittliche Ge-

wichtszunahme von 1 Pfund pro Woche erzielt. Es ist dies eine Erscheinung, die F. in noch höherem Maasse bei Blutarmen, nicht tuberculösen Frauen oder jungen Mädchen, Reconvalescenten, beobachten konnte, wo gerade längerer Gebrauch von Eisentropon den Ernährungszustand in hervorragender Weise verbesserte.

— Ueber das *Citrophen* berichtet A. Saint-Cène (Le Progres Médical, 1902) in sehr günstiger Weise. Unter der Einwirkung des Magensaftes spaltet sich das Citrophen in Paraphenetidin und Citronensäure und wirkt auf den Organismus zugleich antirheumatisch und antineuralgisch. S. konnte in keinem Falle eine üble Nebenerscheinung, besonders auch keine Störung der Magenfunction beobachten. Er hat das Mittel in vielen Fällen mit gutem Erfolg angewandt, so in einem Falle von Ischias, bei welchem Phenacetin und die anderen üblichen Mittel vollkommen im Stiche gelassen hatten. In einem anderen Falle handelte es sich um eine alte Dame, die an schwerer Intercostalneuralgie litt; alle möglichen Mittel waren in Anwendung gezogen worden, von welchen sich das Citrophen als das beste erwies, da es wenigstens vorübergehende Besserung und zeitweisen Nachlass der Schmerzen herbeiführte. Besonders gute Erfolge mit dem Citrophen erzielte S. bei der Migräne und ähnlich waren die Erfahrungen mit dem Mittel bei Influenza und rheumatischen Erkrankungen.

Auch Diamant-Berger hat zufriedenstellende Erfahrungen mit dem Citrophen gemacht. Er berichtet darüber in einer Arbeit betitelt: Le citrophène. Essais therapeutiques in Le Bulletin Médical (1901 No. 98). Er versuchte zuerst das Mittel bei Migränefällen und zwar in fractionirten Dosen von 0,3 g alle zwei Stunden. Die Erfolge waren vorzüglich und so wurde D. ermuthigt, das Citrophen auch bei anderen neuralgischen Zuständen zu versuchen und ebenso in einigen Fällen von Polyarthritis rheumatica und zwar ebenfalls mit günstigem Resultate. Das Mittel ist dem salicylsauren Natrium ganz entschieden vorzuziehen, da es vor Allem kein Ohrensausen, Schwindel oder Eingenommensein des Kopfes verursacht. Auch die Nieren werden durch das Citrophen nicht geschädigt, im Gegentheil will D. in einigen Fällen einen günstigen Einfluss auf die Diurese beobachtet haben. Der Geschmack des Citrophens ist nicht unangenehm, so dass es in wässeriger Lösung von den Patienten gern genommen wird, der Magen wird von dem Mittel in keiner Weise belästigt. Nach D. scheint Citrophen die beste Wirkung in fractionirten Dosen und nicht in grossen Gaben zu entfalten. Die Maximaldosis ist für Erwachsene 2,0 g, für Kinder 0,4—0,5 g pro die. D. ist der Ansicht, dass das Citrophen unter den schmerzstillenden und temperaturherabsetzenden Medicamenten eine hervorragende Stelle einnimmt.

— Ueber das *Verhalten des löslichen Silbers im Körper* hielt Beyer vor der Gesellschaft für Natur- und Heilkunde zu Dresden am 26. October 1901 einen höchst interessanten Vortrag. Derselbe ist das Ergebniss einer mehr als vierjährigen Arbeit und sei hiervon Nachstehendes mitgetheilt: Nach intravenösen Einspritzungen von Silberlösung beobachtet man eine etwa nach 6 Stunden auftretende Leucocytose, die ihr Maximum nach etwa 24 Stunden erreicht und nach zwei Tagen verschwunden ist. Manchen

mag die Erwägung, unter dem Gebrauch von Argentum colloidale eine Argyrie entstehen zu sehen, von der Anwendung abgehalten haben, doch ist diese Befürchtung nicht gerechtfertigt. Denn obwohl recht beträchtliche Mengen des Mittels zur Anwendung kamen, so ist doch niemals eine Argyrie beobachtet worden, ebensowenig wie Nierenreizungen oder Lähmungen, die sich zuweilen unter dem Gebrauch von Argentum nitricum einstellen. Dies erklärt sich auch ohne Weiteres aus dem Verhalten des löslichen Silbers im Körper. Denn dieses steht im geraden Gegensatz zu dem der uns sonst bekannten Silberverbindungen. Während diese sich in gewissen Gewebstheilen für Lebensdauer sesshaft machen, wird das Collargolum sogar sehr rasch ausgeschieden. Man findet es auch nicht in Theilen, in denen sich metallisches Silber sehr gerne ablagert, z. B. in der Haut. Am längsten nachweisbar bleibt das Silber in der Milz, den Nieren und im Darm. Nachweisbar ist das Silber auch in den Brustorganen, Lunge und Herz. Die Ausscheidung des Silbers erfolgt durch den Darm; möglicherweise wäre eine solche auch durch die Nieren, doch sind die Versuche, im Harn Silber nachzuweisen, bis jetzt negativ ausgefallen. Was die zeitlichen Verhältnisse anbelangt, so ist die Abnahme des Silbers in den Organen am stärksten in den ersten Tagen, nach einer Woche ist der qualitative Nachweis des Silbers, namentlich in der Milz, den Nieren und dem Darm noch gut möglich. Nach ungefähr einem Monat ist der Körper silberfrei. Es findet also unmittelbar an die Einführung von colloidalem Silber eine Vertheilung durch den Blutstrom über den gesammten Organismus statt. Dieser Zustand ist aber ein vorübergehender. Sehr bald tritt eine Ausscheidung ein. Nach verhältnissmässig kurzer Zeit sind selbst die Hauptlagerungsorte wieder silberfrei. Daraus folgt, dass man eine Dauerwirkung nicht erwarten darf; ist eine solche erwünscht, so muss immer neue Zufuhr von Collargolum stattfinden.

Was nun die antibacteriellen Eigenschaften des colloidalen Silbers anlangt, so vermag dasselbe noch in nicht zu concentrirten Lösungen Spaltpilze abzutödten. Doch ist es in dieser Hinsicht anderen Mitteln unterlegen und die Vernichtung der Keime erfolgt auch nicht so schnell. Dagegen hat das Collargolum die Eigenschaft, das Wachsthum von Spaltpilzen stark zu hemmen. Diese entwicklungshemmenden Eigenschaften können bei den Mengenverhältnissen, wie sie im Körper bei therapeutischer Anwendung vorliegen, allein eine Rolle spielen.

Wie durch Beobachtungen am Menschen und zahlreiche Experimente am Thier festgestellt ist, besitzt das Argentum colloidale einen Einfluss auf den Verlauf infectioser Erkrankungen. Dass es selbst in grossen Dosen keine Argyrie hervorruft und völlig ungiftig ist, erhöht seinen therapeutischen Werth. Für die practische Verwendung des Mittels müssen die folgenden Punkte festgehalten werden: 1. Je mehr Silber einmalig zugeführt wird, desto intensiver ist auch die Wirkung. Man muss also, um Erfolg zu haben, grosse Dosen geben. Aus Nichtbeachtung dieser Regel erklärt sich mancher Misserfolg. 2. Die Wirkung des Silbers auf Bacterien ist eine mehr hemmende, als abtödtende. Desshalb muss der Körper lange Zeit unter Silberwirkung gehalten werden, besonders dann, wenn eine Neuinfection im Körper stattfinden kann. 3. Das Silber wird rasch aus-

geschieden, es muss also immer von Neuem zugeführt werden. 4. Die Zufuhr von Silber ist auf verschiedenem Wege möglich. Bei der Einreibung in die Haut geht eine langsame, aber stetige Aufnahme vor sich. Am schnellsten wird eine Einwirkung durch intravenöse Injection erzielt, die auch da am Platze ist, wo, wie bei Sepsis in Folge Collapses oder Contraction der Hautgefässe, eine Resorption durch die Haut wenig wahrscheinlich ist.

B. betont am Schlusse seines äusserst interessanten Vortrags, dass es ihm vollständig ferne gelegen ist, das colloidale Silber als eine Panacee gegen septische Erkrankungen hinstellen zu wollen. Denn ebenso wie Chinin nicht jede Malaria und Quecksilber nicht jede Lues heilt, ist auch nicht jede Anwendung des Collargols von Erfolg begleitet. Allein so viel ist sicher, dass dasselbe in der Behandlung septischer Erkrankungen einen sehr beachtenswerthen Factor spielt. (Münchener med. Wochenschr., 1902, No. 8.)

— *Urotropin.* Eine wie vielseitige Anwendung das *Urotropin* in der Therapie findet, kann auch aus nachstehender Mittheilung ersehen werden: In einer Abhandlung betitelt „Die Untersuchung von Ehestandscandidaten mit Bezug auf vorangegangene Geschlechtskrankheiten", (Allgemeine med. Centralzeitung, 12. Februar 1902) erwähnt Dr. Reinhold Lederm a n n das Folgende: „Ausser den durch Cocceninvasion von aussen her unterhaltenen Harnröhrenentzündungen findet man im Anschluss an Gonorrhoe, Harnröhren- und Blasencatarrhe, die durch Reinculturen von Bacterium coli erzeugt sind. Hier erfolgt die Infection meist vom Mastdarm aus, indem die immer im Koth vorhandenen Stäbchen durch die Prostata in die Blase und Urethra gelangen und die Entzündung erregen. Diese Bacterien sind an sich schon nicht so ganz gleichgiltig, da sie von der Blase durch die Ureteren in die Nierenbecken einwandern und lebensgefährliche Entzündungen anfachen können. Man muss daher auch diese postgonorrhoische Entzündung vor der Eheschliessung des Trägers derselben zu beseitigen suchen, was verhältnissmässig leicht durch interne Urotropinverabreichung und Sublimatspülungen (1:20,000—30,000) gelingt." (Medico, 26. Feb. 1902, Seite 103.)

— *Weitere therapeutische Erfahrungen über Yohimbin.* Hierüber berichtet B e r g e r (Münch. med. Wochenschr., 1902, No. 2) Folgendes: Ohne näher auf eine ausführliche Beschreibung der einzelnen Fälle einzugehen, die ich seit meiner letzten Veröffentlichung (Deutsch. med. Wochenschr. 1901, No. 17) zu beobachten Gelegenheit hatte, möchte ich dieses Mal nur über einige neue, bislang nicht beobachtete Erscheinungen bei dem Gebrauch von Yohimbin in Kurzem berichten.

Die Kranken waren zumeist mit der schweren Form der paralytischen Impotenz behaftet, die schon Jahre lang bestand. Aber selbst in diesen Fällen waren die Erfolge, wie vordem, recht befriedigend und dauernd, d. h. nunmehr schon monatelang bestehend. Nur dann, wenn die Pat. schon in vorgerücktem Alter, Anfangs der 50er Jahre standen, wo ohnedies die Potenz in der Abnahme sich befindet, versagte das Mittel häufiger. Hatten derartige Pat. ferner leichte, bis jetzt subjectiv noch nicht in Erscheinung getretene Prostatahypertrophien, so kam es bisweilen durch die

congestive Wirkung des Yohimbins zu häufigerem Urindrange, Tags sowohl als Nachts, der aber beim Aussetzen des Mittels sofort wieder verschwand. Auf eine gleiche congestive Wirkung dürften ebenfalls Lebercoliken und Anschoppungen zurückzuführen sein, besonders beim Gebrauch höherer Dosen von 3 mal täglich 15 mg. Aber auch diese Anfälle verschwanden sofort mit dem Aussetzen des Mittels, ohne irgendwelche üblen Nachwirkungen, ebenso die Störungen des Appetits und Magenschmerzen, die ich bei 2 Pat. beobachtete. Letztere traten später, sobald das Mittel unmittelbaar nach der Mahlzeit genommen wurde, nie wieder auf. Hämorrhoidale Blutungen, die unter Yohimbingebrauch mitunter reichlicher auftraten, gaben zum Aussetzen des Mittels nie Veranlassung. Auch die durch Thierexperiment festgestellte Vergrösserung der Hoden konnte ich einmal deutlich beobachten mit gleichzeitig einhergehender Succulenz des früher schlaffen und desshalb im Suspensorium getragenen Scrotums, so dass Pat. ohne Bandage bequem umhergehen konnte. Andere Beschwerden, wie Präcordialangst, Herzklopfen, Schwindel, dürften nicht in der Yohimbinanwendung ihren Grund haben, da dieselben bei jugendlichen Neurasthenikern in Verbindung mit kräftigen Erectionen aufzutreten pflegten, ohne dass Gelegenheit zur Ausführung des Coitus gegeben war. Erscheinungen, die auch früher, vor der Erkrankung, unter gleichen Umständen sich einstellten.

Den einzigen von mir beobachteten Fall einer weiblichen Patientin, der durch Yohimbin Spiegel günstig beeinflusst wurde, möchte ich hier etwas ausführlicher mittheilen.

Es handelte sich um eine 23jährige Primipara, bei welcher nach Aussage des Mannes der Geschlechtstrieb sehr ausgesprochen war, das Wollustgefühl jedoch nur nach mehrmals ausgeführtem Coitus sich einzustellen pflegte (Dyspareunia). Die Untersuchung ergab ausser einem leichten Fluor albus einen normalen Befund, nur die äusseren Geschlechtstheile waren schwach entwickelt. Nach nur 8tägigem Gebrauch von 3 mal täglich 5 mg Yohimbin Spiegel war eine wesentliche Besserung eingetreten. Der Erfolg wäre vielleicht, ohne indessen eine suggestive Einwirkung ganz von der Hand zu weisen, dahin zu erklären, dass durch vermehrte Blutzufuhr und grössere Erectilität der Corpora cavernosa nunmehr durch die Frictionen der periphere Reiz auf die Centren verstärkt wurde.

Die Schuld der Misserfolge trägt meines Erachtens bei der Yohimbindarreichung hauptsächlich die unrichtige Auswahl der Patienten. Nur die reinen, nicht auf einer constitutionellen oder organischen Erkrankung beruhenden Formen der functionellen Impotenz sind dieser medicamentösen Therapie zugängig. Jede acute oder chronische Entzündung der Unterleibsorgane oder Hyperämie derselben bildet eine Contraindication derselben. Dass auch das Alter, besonders in höheren Jahren nur geringe Erfolge aufweisen wird, habe ich bereits oben auseinandergesetzt.

Unter Berücksichtigung dieser Punkte wird das Yohimbin Spiegel stets ein ungefährliches und in seiner Wirkung gutes Mittel bleiben, das wir vorläufig durch kein besseres zu ersetzen im Stande wären.

Kleine Mittheilungen.

— XIV. *Internationaler medicinischer Congress in Madrid.* Die Vorbereitungen zum Madrider Congress haben erfreuliche Fortschritte gemacht. In fast allen Ländern Europas und Amerikas sind nationale Comités zu diesem Zwecke errichtet worden. Das spanische Ministerium für auswärtige Angelegenheiten hat an alle Regierungen Einladungen versandt, sich beim Congress vertreten zu lassen; ähnliche Einladungen ergingen an alle Universitäten, medicinische Schulen etc., sowie an die hervorragendsten medicinischen Gesellschaften aller Länder. Wie sich jetzt schon feststellen lässt, wird die Betheiligung am Congresse eine sehr zahlreiche sein. Vorträge sind u. a. bereits angemeldet von Pavlov, Thomson, Maragliano, Laache, Waldeyer, Cajal etc., etc.

— *Achtzigster Geburtstag Prof.* v. Esmarch's. Das Städtchen Tönning in der Provinz Schleswig-Holstein rühmt sich, der Geburtsort des hochverdienten Chirurgen v. Esmarch zu sein, und beabsichtigt, dessen achtzigsten Geburtstag am 9. Januar 1903 festlich und feierlich zu begehen. Der Mittelpunkt der Feier soll die Einweihung eines Denkmals sein, welches dem Jubilar aus Beiträgen seiner Landsleute und über die ganze Erde verstreuten Verehrer gestiftet werden soll. An die Spitze des Comités, welches sich zu diesem Zwecke constituirt hat, ist Prinz Heinrich getreten. Für die Vereinigten Staaten ist Dr. F. Lange, vor seiner Uebersiedelung nach New York Assistent v. Esmarch's, mit der Vertretung des Comités betraut worden. Derselbe wird über Beiträge, welche ihm unter der Adresse 130 East 61st Street, New York, einzusenden sind, quittiren.

— Um eine Vorstellung zu geben von dem enormen Verbrauch an Arzneimitteln und Verbandmaterialien von Seiten einer der grossen Oceandampfer-Linien sei Nachstehendes mitgetheilt: Nach einer Statistik des Chefarztes der *Hamburg-Amerika-Linie* sind an deren Ocean-Dampfer innerhalb eines Jahres 40,000 Stück Mullbinden und 3,000 Stück Flanellbinden, jede 5 m lang, 4,000 Pakete Watte @ 250 gr und 30,000 Medicinflaschen abgegeben worden. Der Verbrauch an eigentlichen Arzneimitteln während des letzten Jahres betrug: Carbolsäure (rein) 250 Kilo, roh 2,000 Liter, Sublimatpastillen 5,000 Stück, Jodoform 5 Kilo, verschiedene Salben 130 Kilo, Collodium 6 Liter, Chloroform 20 Liter, Aether 30 Liter, Ol. Ricini 260 Liter neben 20,000 Abführpillen. Ferner 300 Kilo Bittersalz, 60 Kilo Karlsbader-Salz und 10,000 abgefasste Calomelpulver. 12 Liter Tinct. Opii, 12 Liter Hoffmannstropfen, 10 Kilo Brustthee, 60 Kilo Kaliumchlorat, 60 Liter Salmiakgeist, 100 Liter Brandliniment und 80 Liter Opodeldok. Besonders gross ist der Bedarf an abgefassten Pulvern: 8,000 Wismuth-, 12,000 Salicyl-, 8,000 Chinin-, 1,200 Trional-, 6,000 Morphium-, 6,000 Antipyrin-, 6,000 Phenacetin-, 5,000 Dover'sche Pulver.

— Ein weiterer Beitrag zu dem Capitel *Aerztliche Ethik.* Ein gewisser Dr. Edward Conrad versandte vor einigen Tagen an die hiesigen Aerzte ein Circular, in welchem er dieselben auf sein „Sanitarium" zur

Behandlung „gynacologischer Fälle" aufmerksam macht. Welcher Art diese gynacologische Fälle sind, ist in dem Circular nicht näher auseinandergesetzt, soll auch hier nicht weiter erortert werden, jeder Arzt weiss ohnehin schon, was darunter gemeint ist. Es soll hier nur der Schlusssatz des Circulars etwas niedriger gehangt werden, der folgendermaassen lautet: „A discount of 25 per cent of the fees collected is allowed physicians referring cases to the Sanitarium." Auch in diesem Falle ist ein Commentar überflüssig.

— Von dem *Lehrbuch der Nervenkrankheiten* von H. Oppenheim, dessen 3. Auflage vor Kurzem erschienen ist, befinden sich Uebersetzungen ins Italienische, Russische und Spanische in Vorbereitung.

New Yorker

Medicinische Monatsschrift.

Officielles Organ der

Deutschen Medicinischen Gesellschaften der Städte New York, Chicago, Cleveland und San Francisco.

Redigirt von Dr. A. Ripperger.

Bd. XIV. New York, April 1902. No. 4

ORIGINALARBEITEN.

Zur Operation der Nasenrachentumoren.*)

Von Dr. F. Maass.

Soll man einen Nasenrachentumor operiren, wenn die microscopische Diagnose nach Excision auf Sarcom gestellt ist?

Welche Operationsmethode ist die beste bei weicher, brüchiger Beschaffenheit einer derartigen Geschwulst?

Diese beiden Fragen möchte ich an der Hand eines Falles erörtern, den ich vor einigen Jahren operirt habe.

Die Vorgeschichte der Patientin ist folgende: Miss M., 18½ Jahre alt, leidet seit 5 Jahren an allmählich entstandener vollständiger Verlegung der Luftwege durch die Nase. Ihr Arzt, Herr Dr. Samson, Windsor, Canada, hat wiederholt Schleimpolypen entfernt, ohne dass die Athmung dadurch frei wurde. Schliesslich stellten sich bei diesen kleinen Operationen stärkere Blutungen ein, und gleichzeitig wurden Geschwulstmassen im oberen Theile der Nase sichtbar. Herr Dr. S. schickte nun die Kranke zu einem Rhinologen, der mehrmals electrische Cauterisationen vornahm, die aber auch die Nasenathmung nicht frei machten. Jedesmal, etwa 36—48 Stunden nach diesen Eingriffen, meist Nachts, stellten sich schwere Blutungen ein, die zum Aufgeben der Methode zwangen. Ohne eine vorausgegangene Polypenextraction oder Cauterisation hat die Kranke niemals geblutet. An einem herausgeschnittenen Stückchen wurde nun von competenter

*) Vortrag, gehalten in der Deutschen Medicinischen Gesellschaft der Stadt New York am 3. Februar 1902.

Seite die microscopische Diagnose Sarcom gestellt und eine radicale Entfernung daraufhin vorgeschlagen.

Als ich die Kranke im Juli 1897 in Consultation mit Dr. Samson zuerst sah, war ihr Ernährungszustand ein ziemlich guter. Urin und Lungen zeigten keine Veränderungen. Die Gesichtsfarbe war wachsbleich und der Puls der schweren Anämie entsprechend schwach, aber regelmässig. Die Klagen bestanden in Verstopftsein der Nase, anfallsweise auftretenden heftigen Kopfschmerzen in Stirn und Hinterhaupt. Schlaflosigkeit in Folge von Athembeschwerden. Vortreten und Sehverlust des rechten Auges. Der locale objective Befund war folgender: Das rechte Auge war deutlich vorgedrängt. Vorgehaltene Finger konnten mit demselben nicht erkannt werden, während die Sehschärfe des linken Auges normal war. Augenmuskellähmungen bestanden nicht. Entsprechend der Nasenwurzel war die innere Orbitalwand rechts etwas vorgewölbt, wie von einem dahinterliegenden Tumor. Beide Nasengänge waren verlegt, der rechte, also der Seite des Exophthalmos entsprechend durch einen Tumor, der linke durch die verdrängte Nasenscheidewand. Der Tumor war vom rechten Nasenloch aus etwa 1½ Ctr. über demselben sichtbar. Die bedeckende Schleimhaut war hochroth gefärbt, vollständig glatt und nirgends ulcerirt. Bei Berührung mit der Sonde trat Blutung ein, die nur auf Tamponade stand. Vom Munde aus konnte man nichts Pathologisches sehen und den Tumor mit dem Finger über dem Gaumen nur undeutlich fühlen.

Soll man nun wegen eines malignen Tumors von der beschriebenen anatomischen Lage operiren? Kann man darauf rechnen, eine radicale Entfernung zu machen oder wenigstens die Hauptbeschwerden der Kranken, Athemstörungen und Kopfschmerzen durch den Eingriff zu beseitigen. Die Athmung wäre wohl zweifellos frei geworden, das Aufhören der Kopfschmerzen aber liess sich weniger sicher erwarten. Die radicale Entfernung war nur in dem Falle möglich, dass der Tumor dem Knochen gestielt aufsass und die maligne Entartung nicht über den Stiel hinausging. Da die Literatur Fälle von Heilung gestielter maligner Nasenrachenpolypen kennt, wird man sich wohl meist zur Operation entschliessen, trotz der Aussicht, im Falle breiter Basis ein rasches Recidiv mit Ulceration und Blutung eintreten zu sehen. Der vorliegende Fall jedoch bot in seinem Verlauf Erscheinungen, die selbst bei breiter Basis eine radicale Heilung nicht ausschlossen,

oder wenigstens auf längeres Freibleiben von ulcerirendem und blutendem Recidiv rechnen liessen. Es schien mir, dass die klinische Diagnose mit der microscopischen nicht vollständig übereinstimmte. Nach den wiederholten Cauterisationen des Tumors war immer wieder rasche und glatte Heilung der Oberfläche eingetreten. Keine Spur von Ulceration zeigte sich. Bösartige Geschwülste pflegen bei derartiger Behandlung Neigung zum Zerfall zu zeigen, besonders wenn so wenig von Asepsis die Rede sein kann, wie in der Nase. Wollte man aber trotzdem die microscopische Diagnose als die richtige anerkennen, so konnte man bei der Neigung zum Verheilen doch mindestens erwarten, dass der unvollständigen Entfernung blutende Ulcerationen nicht unmittelbar folgen würden. Die Operation konnte also in dieser Hinsicht kaum eine sofortige Verschlechterung der Lage der Kranken verursachen und liess auch bei breiter Basis die Möglichkeit radicaler Heilung zu. Der schwere anämische Zustand sprach jedoch gegen einen sofortigen Eingriff. Aus diesem Grunde und weil bisher niemals spontane Blutungen eingetreten waren, riet ich einstweilen local nichts zu thun und die Kranke sich erst von ihren Blutverlusten erholen zu lassen. Als der Tumor in Ruhe gelassen wurde, besserte sich der Zustand der Kranken so rasch, dass sie auf vollständige Wiederherstellung ohne Operation hoffte und erst fünf Monate später wieder zu mir kam.

Sie sah frisch aus, der anämische Zustand war vollständig gehoben. Kopfschmerzen und Schlaflosigkeit waren unverändert. Das rechte Auge stand stärker hervor. An Stelle der Knochenauftreibung an der rechten inneren Augenhöhlenwand war die Haut durch weiche Massen stark vorgewölbt. Der Knochen war inzwischen also geschwunden. Die untere Spitze des Tumors begann jetzt eben aus dem rechten Nasenloch vorzutreten, während sie vor 5 Monaten noch etwa 1½ cm höher stand. Auch jetzt noch war nichts von Ulceration zu sehen. Bei Berührung mit der Sonde trat nach wie vor Blutung ein.

Der Tumor war also gewachsen und liess auch nicht auf Wachsthumsstillstand für die nächste Zeit rechnen. Mit dem Heraustreten aus dem Schutze der Nase waren Blutungen zu erwarten. Eine sofortige Operation war deshalb wünschenswerth und bei dem guten Allgemeinzustand der Kranken auch gerechtfertigt.

Es fragte sich nur, in welcher Weise man am besten vorgehen

sollte. Wie aus der Literatur der letzten Jahre hervorgeht, sind fast alle denkbaren Methoden mit Erfolg angewandt. Von der ausgiebigsten Voroperation, der temporären Resection beider Oberkiefer bis zur Vermeidung jeder Voroperation, mit dem scharfen Löffel durch die Nase unter Controlle des hinter das Gaumensegel eingeführten Zeigefingers sind alle Verfahren warm empfohlen. Es schien mir das Beste in diesem Falle, die Vorderfläche des Tumors freizulegen und ihn, wenn möglich, mit der Schlinge zu entfernen oder ganz mit dem Brenner zu zerstören. Der grosse Vorzug des letzteren Verfahrens war, dass man so immer nur mit Oberflächenblutung zu thun haben konnte, die jederzeit zugänglich blieb. Nach Umklappen der rechts umschnittenen Nase nach links mit Stehenlassen der Spitze und Nasenflügel und nach Bildung eines Lappens medial zum rechten Auge, der über dasselbe nach aussen umgeschlagen wurde, lag die Vorderfläche der Geschwulst frei ohne blutende Verletzungen anscheinend überal von intacter Schleimhaut bedeckt, und so weit man sehen konnte, breitbasig aufsitzend. Das Anlegen einer Schlinge war ausgeschlossen. Die Verkohlung des oberen orbitalen Theiles ging zunächst gut von Statten. Schliesslich musste jedoch wegen zu starker Blutung comprimirt werden. Dasselbe trat bei dem unteren nasalen Theil noch früher ein. Bei abwechselndem Brennen und Comprimiren kam man so nur sehr langsam vorwärts. Es stellte sich hierbei jedoch heraus, dass der Tumor eine Beschaffenheit zeigte, die ein anderes schnelleres Verfahren ermöglichte. Der Brenner stiess nämlich überall nur auf ganz weiche Massen in denen nirgends derbere Bindegewebszüge verliefen. Der Nasentheil des Tumors liess sich leicht bis zur vollständigen Anämie comprimiren, wenn man Gaze zwischen ihn und die laterale Nasenwand schob. Es wurde so möglich, einen Tampon unter dem Tumor fort mit dem Zeigefinger ganz hinten oben fest an die Schädelbasis anzudrücken. Dieser Tampon wurde nun langsam nach vorne geschoben, so dass er immer fest mit dem Knochen in Berührung blieb. Die weichen, brüchigen Massen wurden mit einem Zuge vom Knochen abgewischt und kamen zerstückelt zusammen, etwa von Hühnereigrösse vor dem Tampon heraus. Sowie Tumor und Tampon heraus waren, stürzte das Blut nach, die Höhle im Moment füllend. Die Stillung der Blutung gelang jedoch durch Einstopfen eines langen, schon bereit gehaltenen Gazestreifens ohne jede

Schwierigkeit. Die erhaltenen Oberkiefer boten dem Tampon feste Wiederlager, so dass Nachblutung kaum zu befürchten war. Die ganze Wunde wurde zugenäht und das Ende des Streifens aus dem Nasenloch herausgeleitet. Die Wunde heilte p. pr. Der Tampon wurde vom 10.—14. Tage langsam entfernt. Nachblutung trat nicht ein.

Ich habe den Tampon dem scharfen Löffel vorgezogen, weil er die brüchigen Massen mit einem Zuge herausbrachte und weil weniger Nebenverletzungen mit ihm möglich sind. Da dies für einen malignen Tumor natürlich ein absolut ungenügendes Verfahren ist, so war es wünschenswerth, nach temporärer Compression den Tampon wieder zu entfernen und etwaige Reste noch herauszunehmen. Ich wagte jedoch nicht der Kranken einen zweiten so raschen Blutverlust aus der unmittelbaren Nähe des Gehirns zuzumuthen. Ausserdem glaubte ich nicht, dass, im Falle die Diagnose Sarcom richtig war, viel dabei herausgekommen wäre. Die ganze Operation war wie gesagt unternommen in der Hoffnung, eine gutartige oder wenigstens in ihrem Grunde noch nicht bösartig entartete Geschwulst vor sich zu haben.

Die microscopische Untersuchung schien jedoch diese Erwartung nicht zu erfüllen. Das erste Stück, welches ich untersuchte, zeigte eine unregelmässige netzartige Anordnung. Die Balken bestanden aus kleinen Spindelzellen, die dicht aneinander lagen, ohne erkennbare faserige Zwischensubstanz. Ich konnte mir diese Anordnung zunächst nicht erklären. Nach verändertem Schwellkörpergewebe sah das Ganze nicht aus. Dasselbe Bild habe ich dann bei keinem der weiteren Stücke gefunden. Es fanden sich hier überall die dichtgedrängten kleinen Spindelzellen, welche in unregelmässig kreuzenden Zügen angeordnet waren. Zwischen diesen Zellzügen lagen stellenweise mehr oder minder von ihnen auseinandergedrängt quergestreifte Muskelfasern. Diese waren unregelmässig buckelig in ihren Umrissen und liessen nur noch vereinzelt die Querstreifung deutlich erkennen. Die Verdickungen waren meist durch Kernwucherung bedingt. Ich kam zu dem Schluss, dass es sich um ein kleinzelliges Spindelzellensarcom handelte, welches seinen Ursprung von dem Muskelbindegewebe genommen hatte. Es erklärt sich so auch die netzartige Anordnung in dem zuerst untersuchten Stück. Bei genauerer Untersuchung fanden sich denn auch in den Maschen vereinzelte Gebilde, die sehr wohl für veränderte Muskelfasern gehalten wer-

den konnten. Ob der Tumor von einem Augenmuskel oder einem an die Schädelbasis sich ansetzenden Schlund- oder Gaumenmuskel ausging, kann ich nicht sagen. Auffällige Lähmungserscheinungen bestanden nicht.

Der Tumor in situ machte, wie oben gesagt, den Eindruck breitbasigen Aufsitzens. Doch war hierin eine Täuschung möglich, da man nur eine Seite der Geschwulst übersehen konnte. Die einzelnen Stücke liessen sich nicht so zusammenlegen, dass man nach ihrer Entfernung Aufschluss über die ursprüngliche Gestalt hätte bekommen können. Dass aber eine radicale Entfernung durch einen glücklichen Zufall, wie das Abreisen im gesunden dünnen Stiel, hier nicht stattgefunden haben kann, lässt sich auf andere Weise zeigen. Bei allen entfernten Theilen war weder macroscopisch noch microscopisch Schleimhaut nachzuweisen. Nach längerem Suchen fand ich an einer Stelle, in einem Stück, welches eine tiefe Falte zeigte, in dieser Falte Schleimhaut mit deutlich erhaltenem Cylinder-Epithel. Die Massen sind also aus ihrer Schleimhaut-Hülle, von der der Tumor überall bedeckt war, herausgedrückt. Ein Abreissen im gesunden Stiel ist demnach ausgeschlossen, selbst wenn ein solcher vorhanden gewesen wäre.

Man musste also darauf rechnen, dass der Operation ein Recidiv unmittelbar folgen würde. Ich habe die Kranke zwei Jahre lang beobachten können, sie wiederholt mit dem Nasenspiegel untersucht, aber niemals eine Spur von Recidiv entdeckt. Sie war von ihren Beschwerden vollständig befreit. Es bestand auch kein Ausfluss aus der Nase, der auf eine verborgene Ulceration hingedeutet hätte.

Ob es sich nun wirklich um einen gutartigen Tumor handelt und die Heilung eine definitive, ist zwar möglich, aber durchaus nicht sicher. Ich habe leider später nichts über die Kranke erfahren können. Immerhin ist der Erfolg ein derartiger, dass der Eingriff voll berechtigt erscheint.

Ueber das Anbrennen des Tumors möchte ich bemerken, dass es vielleicht nicht nöthig war, um Raum zu gewinnen für das Anlegen des Tampons an die Schädelbasis. Der nicht verkohlte Rest der Geschwulst war so comprimirbar, dass auch wohl ohne partielle Zerstörung sich Raum genug hätte schaffen lassen. Von der Consistenz der Neubildung glaube ich aber kann man sich in anderer Weise kaum Aufschluss verschaffen. Ohne die Gewiss-

heit, vollständig brüchiges Gewebe vor sich zu haben, soll man den Versuch mit dem Tampon nicht machen. Ein derberer Tumor wird wahrscheinlich in der Tiefe einreissen ohne herauszukommen und durch Blutung die Operation erschweren, viel gefährlicher gestalten und vielleicht unmöglich machen. Das Anbrennen auf der Vorderfläche begünstigt natürlich das Heraustreten der weichen Massen aus der Schleimhauthülle und das Zurückbleiben der letzteren. In unserem Falle hat dies offenbar keinen Nachtheil gehabt. Vielleicht ist aber auch nach temporärer Compression möglich, die Packung wieder herauszunehmen und mit Scheere und Pincette noch die Reste zu entfernen. Zu einer für bösartige Geschwülste genügenden Radicaloperation wird man es damit auch nicht bringen, ebensowenig wie mit dem scharfen Löffel. Was man hier bei breitbasigen Geschwülsten thut, muss in der Hoffnung geschehen, dass es sich um gutartige oder noch nicht durchgehends bösartig veränderte Neubildungen handelt. Der Fall beweist, dass man berechtigt ist, selbst wenn die microscopische Diagnose auf Sarcom lautet, eine nicht radicale Operation auszuführen, wo die anatomischen Verhältnisse eine vollständige Entfernung nicht zulassen. Ausserdem glaube ich, nach den hier gemachten Erfahrungen unter gleichen Verhältnissen Freilegung der Vorderfläche der Geschwulst und Benutzung eines Tampons an Stelle des scharfen Löffels warm empfehlen zu können. Ob es zweckmässig ist, den eventuell zurückbleibenden Schleimhautüberzug nach temporären Compressen noch zu entfernen, scheint mir dagegen wegen der Blutungsgefahr zweifelhaft.

Literatur.

N. N. Michailow: Zur Technik der Entfernung der Geschwülste des Nasenrachenraumes (russisch). Ref. Centralbl. für Chirurgie 1895, S. 1123.

G. Stoker: A method of removing nasopharyngeal tumors to prevent bleeding from the pedicle. British Med. Journ. 1895, No. 1818.

P. Tichov: Ueber die Behandlung der fibrösen Nasenrachenpolypen mit Electrolyse. (Russisch.) Berichtet Centr.-Blatt für Chir. 1897.

W. L. Rasumovsky: Die Operation der Nasenrachenpolypen mit vorhergehender Tracheotomie. v. Langenbeck's Archiv, Bd. LIV., Heft 2.

Hubs: Exstirpation eines von der Schädelbasis ausgehenden Angiofibroms des Nasenrachenraumes mittels temporarer Resection des harten Gaumens. Deutsche Zeitschrift für Chirurgie XLVII., p. 100.

Bürkel: Neue Beiträge zur Casuistik der operativen Behandlung der Schädelbasisfibrome. Diss. Würzburg 1897.

M. Berger: Bulletins et memoires de la société de Chirurgie 1897, No. 6—7, p. 456.

Depage: Resection temporaire maxillo-malaire par la procédé de Kocher pour polypes nasopharyngiens. Communication faite a la société des sciences médicales de Bruxelles. 1er Janvier 1897.

Schoenfelder: Ueber typische Nasenrachenpolypen und ihre intranasale Behandlung. Diss. Breslau 1898, Dec.

Jordan: Die operative Entfernung der Fibrome der Schädelbasis. Münchener med. Wochenschrift 1898.

Naab: Die chirurgische Behandlung der Nasenrachenfibrome. Diss. Heidelberg 1898 und Beiträge zur klin. Chir. 1898, No. 6.

Hopmann: Zur Operation der harten Schädelgrundpolypen. Münchener med. Wochenschrift 1898.

P. Schmitthuisen: Die unblutige Operation der typischen Nasenrachenpolypen. Wiener med. Wochenschrift 1899, No. 24.

Atoxische Wundbehandlung.*)

Von Prof. C. L. Schleich.

Nachdem durch die dankenswerthen Arbeiten von Gottstein, Paul und Sarwey unwiderleglich nachgewiesen wurde, dass es mit Sicherheit keinem unserer Desinfectionsverfahren gelingt, das Hauptinstrument unseres chirurgischen Wirkens, die Hand, ebenso wenig wie die Haut unserer Patienten völlig keimfrei zu machen, muss die Theorie und die gewissenhafte Fürsorge für die zu Operirenden untersuchen, ob die Bacterienverminderung allein genügt, um die Gefährdung durch Wundkrankheiten auszuschliessen oder ob es nicht noch neben der grössten Sauberkeit andere Möglichkeiten giebt, den fäulnisslosen Wundverlauf zu garantiren. Es ist doch wohl ein gefährlicher Optimismus, zu glauben, dass die Virulenz und Zahl der nicht entfernbaren Microorganismen, welche unter allen Umständen und bei jeder Operation in Contact mit dem lebenden Gewebe kommen, sich stets in einer unseren Zwecken günstigen Art und Menge vorfinden werden. Ist es zu viel gesagt, wenn man behauptet, dass die auf ärztlichen Händen zurückbleibenden Bacterien stets als „vollvirulent" anzusprechen sein dürften, da sie

*) Aus „Deutsche Medicinische Presse", 1902, No. 7.

ja doch mit höchster Wahrscheinlichkeit immer Generationen entstammen, welche einen kranken Körper passirt haben?

Aerztehände kommen ja fast ausschliesslich mit Bacterien in Berührung, die sich im lebenden Menschenkörper jede ihnen erreichbare Virulenz zu verschaffen in der Lage gewesen sind. Der Einwand also der variablen Virulenz gegen die Forderung eines nothwendigen, primären und vorbereitenden Factors für die Ansiedelungsthätigkeit der Bacterien, welchen wir bekanntlich in der toxischen Schädigung der Wundfläche durch Uebertragung und Bildung disponirender Substanzen erblicken. (Toxalbumine, Fettzersetzungen, Terpene, giftiger Staub, Fremdkörper, Necrosengifte etc.), ist ebenso wenig stichhaltig, wie der andere: die Unschädlichkeit einer relativen Zahl von Microorganismen. Denn, wie wir schon oft betonten, im Plasma bei Körperwärme müssten die meisten Bacterien in kürzester Zeit sich zu Millionen vermehren und thun es in der That, wenn sie überhaupt den Boden ansiedelungsfähig finden. Die Wundfläche besitzt eben eine relative Immunität gegen die häufigsten uns bekannten Erreger von Wundkrankheiten, oder, anders ausgedrückt, der Wundboden ist nicht absolut, sondern nur relativ bacterienempfänglich. Das, was diese Empfänglichkeit zu einer absoluten macht, ist unserer Meinung nach etwas nicht in den Eigenschaften der Bacterien Begründetes, sondern es richtet sich das nach einer von der Norm und dem Durchschnitt abweichenden Constitution des Gesammtorganismus resp. der durch abnorme Accidentien alterirten Wundfläche.

Bei dieser Sachlage erwächst für uns unzweifelhaft die Aufgabe, dem zweiten Factor, den wir für das Prius im Mechanismus der Infection ansehen, der Verhütung der disponirenden Momente und ihrer Unschädlichmachung näher zu treten. Wird es einst gelingen von Innen her durch eine prophylactische Erhöhung der Bactericidie der Säfte des zu Operirenden beispielsweise durch Collargolinjectionen in die Venen oder Aehnliches den aseptischen Wundverlauf noch sicherer als bisher zu garantiren, oder haben wir schon heute die Möglichkeit, nach dieser Richtung local noch manches zu leisten, was ebenfalls in erhöhtem Maasse als bisher, die Integrität des Wundverlaufs sicherstellt? Im letzteren Sinne, dem der Prophylaxe in der Wunde selbst, habe ich seit anderthalb Jahren ein Verfahren geübt, das mir der Publication würdig erscheint.

Zunächst will ich vorausschicken, dass unsere gewohnte Säuberung allein mit Marmorstaubseife in Folge der heftigen Angriffe gegen eine rein mechanische Säuberung insofern eine Ergänzung erfahren hat, als wir der vorausgegangenen Waschung mit Seife in oft beschriebener Weise, ein Abreiben der Finger mit in 25 pCt. Chloroform-Alcohol (Chlorof. 25,0, Alcohol. absol. 75,0) getränkter Gaze folgen liessen. Ueber diesen Modus der noch intensiveren Entfettung der Haut mit ihren bacteriologisch überaus günstigen Resultaten wird demnächst Herr Dr. Scherpe berichten, ich will hier nur erwähnen, dass in Serienabimpfungen bis zu 60 Agar-Agar-Röhrchen von unseren Händen keine Colonien zu gewinnen waren*). Da nach Kirchner, Koch, Salkowski das Chloroform kein sicher tödtendes Antisepticum ist, so bin ich wohl berechtigt, den Säuberungseffect des Chloroform-Alcohols, als einen wesentlich physicalischen, stark entfettenden und damit mechanisch intensiver wirkenden aufzufassen, zumal vor der Ueberimpfung stets dem Chloroform Zeit zum Verdunsten gelassen wurde. Wie bekannt, ist das Chloroform für die Haut nur ein schwach irritirendes Rubefaciens und hat keine caustischen Eigenschaften (Liebreich). Seit anderthalb Jahren bewahre ich ferner meine vorher durch zwei Stunden gekochte Seide in 25 pCt. Chloroform-Alcohol auf und bin auf das Höchste befriedigt von diesem Naht- und Unterbindungsmaterial: ihr Aussehen bei der Entfernung der Nähte ist bemerkenswerth. Sie ist absolut trocken, der ausserhalb der Gewebe liegende Fadenabschnitt ist vom imbibirten Blute braunroth, der andere, im Gewebe gelegene Faden stets von derselben typisch trockenen, schneeweissen, scharf gegen die tingirte Schlinge abstechenden Beschaffenheit. Der sonst so häufige und gefürchtete Secret- oder gar Eitertropfen fehlte vollständig. Da ich in allen Schichten seit Jahren allein mit Seide nähe und knüpfe, so kann ich leicht constatiren, dass bei dieser Chloroformseide secundäre Fadenauseiterungen verschwindend selten geworden sind. Dabei ist diese Seide hart, bequem knotbar und lässt sich absolut klar in der quellwasserhell blinkenden Flüssigkeit aufbewahren; Bacterien waren niemals an Chloroformseide nach-

*) Die mit Marmorseife und nachfolgender Chloroform-Alcohol-Lösung behandelten Hände werden mit sterilen Tupfern abgerieben, diese dann zerschnitten nnd in Agar-Agar versenkt. Alle Controllen fallen positiv aus

weisbar. Ich glaube, dass es die Extraction aller fettigen, ranzigen, toxoiden Substanzen aus der doch immerhin zersetzlichen, weil organischen Seidenfaser ist, welche die Chloroform-Alcohol-Seide im Gewebe so brauchbar macht.

Auf Grund folgender Ueberlegung bin ich zu einer Verwendung des 25procentigen Chloroform-Alcohols auch auf jeder Art von Wunden geschritten. Wenn meine Anschauung von der Urbarmachung des Wundrasens für Bacterien durch giftige, Zellactionen lähmende, das Plasma inactivirende Substanzen richtig war, wenn sich also für die Chirurgie der nebelgleiche Schatten der „Disposition" in dieser Weise etwas greifbarer verdichten liess, so musste ich unausgesetzt darauf bedacht sein, erstens alle toxischen Substanzen von meinen Händen und von den Wunden zu entfernen und zweitens der postoperativen Entstehung solcher Substanzen in der Wunde entgegenzuarbeiten. Die Wachspasta und Stearinpasta in meiner Seife sollten ganz zielbewusst durch ihre emulgirende Kraft mehr als Seife und Alcohol allein, auch chemisch reizende Körper von der Hand fortnehmen, ein Gesichtspunkt, welcher trotz vielfacher Prüfung der Marmorstaubseife absolut ungewürdigt geblieben ist und doch dürften die Entfettungsproben, die desodorirende Kraft der Marmorstaubseife stark genug ins Gewicht fallen. Meine Kritiker kennen leider nur den einen Gesichtswinkel der Bacterienabtödtung, weder die Entfernung unorganisirter Gifte noch die Kosmetik der Seife fallen für die Bacterieneiferer ins Gewicht. Man vergisst immer wieder, dass man durch minutenlanges Bürsten der Hände in heissem Alcohol, Sublimat etc. seine Hände immer weniger geeignet zu rein mechanischer Säuberung und zur cosmetischen Sterilität macht. Gift an den Händen von der Intensität wie Sublimat, Sublamin und Aehnlichem wird stets als ein unhygienischer Nothbehelf erscheinen müssen.

Ist das ewige Sublimatbürsten übrigens nicht auch direct gefährlich für den Bacterien-Jäger selbst? Sind Hüter, Maass und Andere nicht an toxischer Nephritis zu Grunde gegangen? Wenn Blumberg und Krönig von Zweifels Klinik aus gar das noch viel stärker diffundirende Sublamin emphatisch empfehlen, so darf man wohl dringend vor Methoden warnen, welche in ganz überflüssiger Weise den Körper des Arztes gefährden. Wenn Sublimat und Sublamin noch monatelang in der Haut nachweisbar sind, so werden sie auch sicher resorbirt und können ge-

wiss zu allgemeinen Intoxicationen führen. Für die Wunde aber ist es erst recht nicht gleichgültig, wenn schwere Gifte, auch nur in Spuren, sich mit dem labilen Eiweissmolecül verankern. Denn eine Uebertragung der Stoffe, welche so intensiv der Haut anhaften (v. Mikulicz), ist doch wohl keineswegs ausgeschlossen. Wir Aerzte dürfen also vom Standpunkt der Hygiene aus keinesfalls irgendwelche incorporirten, toxischen Stoffe an der Hand haben, wenn wir schadlos eröffnete Gewebsmaschen berühren wollen. Um dies Ziel sicherer zu erreichen, dazu verhilft mir nun die der rein mechanischen Säuberung nachfolgende Abreibung und Entgiftung der Haut mit verdunstendem Chloroform-Alcohol. Es bedarf nur eines Blickes in die Arbeiten über Eiweissalcaloide, Ptomaine etc. um zu erkennen, dass zur Lösung und Entfernung dieser Substanzen das Chloroform wohlgeeignet ist, da Chloroform viele Alcaloide löst, welche zumeist in Seife, Alcohol, oder gar in Sublimat resp. Carbol unlöslich sind. Diese Maassnahme erscheint richtig, weil es zum Beispiel durchaus denkbar ist, dass Jemand sich mit allerhand Chemikalien absolut bacterienfrei „geätzt" hätte und doch einen toxischen Körper etwa Cadaverin, Sepsin, Putrescin, Leichengift etc. an seinen Händen trüge, der auf die Wunde übertragen mit einer diesen Körpern innewohnenden mächtigen Gewalt alle Abwehrfunctionen der Wunde lähmte, so dass allein die aus der Haut des Patienten ausgestrichenen Bacterien, was bekanntlich bei jeder Operation möglich ist, für den betreffenden Organismus grade dadurch erst absolut virulent würden. Wenn ich aber diese Stoffe in Chloroformalcohol theils direct auflöse, theils im gelösten Fett mit fortreibe, so erfülle ich ein neues, für mich überaus wichtiges Postulat der Asepsis, ich suche die Wunde zu entgiften, ich treibe Atoxis neben der Asepsis. Denn Asepsis setzt sich meiner festen Ueberzeugung nach aus zwei Factoren zusammen: Amycosis und Atoxis, Fernsein von Bacterien und Fernsein von zuvor schädlichen Giften. Eine Wunde fault erst, wenn ihre vitale Energie, durch Gifte gebrochen, der Zersetzung durch Bacterien erliegt. Ehe Lebendiges fault, muss es das Leben lassen Ehe die Bacterien einwachsen, muss eine Schädigung, ein Gift gleichsam eine Furche in den Wundacker gezogen haben. Für die Behandlung der Wunden direct mit meinem 25proc. Chloroform-Alcohol kam aber meiner Auffassung nach folgender Gesichtspunkt hinzu: Bei jeder Durchschneidung von Gewebe fliesst, wie ersichtlich,

Eiweisssubstanz, Blut, freies Fett etc. auf die Wundfläche und wird ausser Ernährung gesetzt, stirbt also. Diese an sich der Zersetzung anheim gegebenen Massen müssten zum Theil entfernt werden, was mit Chloroform leichter und ausgiebiger geschieht als mit anderen nicht so stark emulsionsfähigen Mitteln z. B. Wasser, Salzlösungen etc. Nun müssten aber gewissermaassen ausser Leben gesetzte Massen direct vor der Zersetzung geschützt, gleichsam bis zur Einheilung resp. Resorption conservirt werden können. Denn die Infection gleicht auch darin dem Brande, dass ein Fünkchen, eine winzigste Auslösung genügt, der latenten Energie im Eiweissmolekül freie Bahn zum Aufflackern der Flammen zu schaffen. Wir wissen nun aber von Koch, Kirchner, Salkowski, dass das Hinzufügen von Chloroform, z. B. Eiweiss und Milch jahrelang direct zu conserviren vermag. Der Verwendung des Chloroforms als allgemeinstes Conservirungsmittel steht wohl mehr die starke Alteration des Geschmackes, als die toxische Valenz im Wege, denn dass recht erhebliche Dosen Chloroform vom Körper wieder ausscheidbar sind — bei Genussmitteln kämen ja nur Spuren in Frage — lehrt doch unzweifelhaft eine tägliche Erfahrung des Chirurgen — die Narcose. Salkowski konnte im Harn mit etwas Chloroformwasser versetzt nach Monaten noch alle normalen Bestandtheile ohne jede Zersetzung nachweisen und ich selbst konnte Eigelb, das mit Unmengen reinen Chloroforms zu einer feinen salbenartigen Emulsion verreibbar ist, unzersetzt an freier Luft durch sechs Monate und länger aufbewahren. Hier wirkt das Chloroform augenscheinlich nicht rein antibacteriell im Sinne einer Abtödtung der Bacterien, denn allen Untersuchern, auch mir, ist es gelungen, gelegentlich dergestalt aus conservirten Flüssigkeiten entwicklungsfähige Bacterien abzuimpfen. Aber es scheint, dass das Chloroform zum Eiweiss eine moleculare, emulsionbildende Beziehung hat, welche möglicher Weise die Molecülconstitution so weit verschiebt, dass das Bacterium nach seiner Einwirkung keinen drehbaren Schlüssel mehr zum Einbruch in das Gefüge der atomistischen Zusammensetzung der Materie besitzt. Möglich auch, dass die feine Emulsion des Chloroforms als eine für Bacterien impermeable Hülle die Eiweisstheilchen überzieht. Dass etwas derartiges der Fall sein muss, ergeben meine klinischen Erfahrungen ebenso sicher, wie meine Versuche mit Blut-, Eigelb-, Gelatine-, Fleischconservirungen mit Chloro-

form. Das Chloroform ändert nicht die Constitution der Substanzen (auf diese Weise behandeltes Eigelb behält z. B. seinen vollen Nährwerth), es verhindert aber deutlich den Angriff der Bacterien, nicht aber als Antisepticum, denn es ist den Antisepticis — das ist für mich der springende Punkt dieser Ueberlegungen — an bactericider Kraft nicht annähernd gleichwerthig. Glücklicherweise ist es eine nichthaftende, sondern verdunstende, gasförmig überall hinwirkende Substanz; es genügt sicher, auf wenige Stunden den Bacterien durch seine Einwirkung die Nahrung gleichsam zu verlegen, um dem Wundheilungsprocess Zeit zu lassen, definitive Sicherungen zu etabliren. Wie verträgt nun aber das Gewebe die Auswischung mit den in Chloroform-Alcohol getränkten Tupfern?

Nachdem ich zuvörderst bei mir selbst, an freiwillig oder unfreiwillig acquirirten Verwundungen die geöffneten Gewebe sehr energisch mit der Flüssigkeit abgerieben hatte, wobei sich niemals ausser einem heftigen, schnell verschwindenden Brennen irgend eine Schädigung bemerkbar machte, ging ich dazu über, operativ angelegte Wunden mit dem als unschädlich geprüften 25procentigen Chloroform-Alcohol auszuwaschen. Dieses Verfahren schützt meiner Erfahrung nach die Wunde ganz eminent vor septischer Zersetzung. Unter allen meinen seither so behandelten, z. Th. sehr complicirten Fällen, worunter Laparatomien, Myomotomien, Darm-Magennähte, Amputationen, Geschwulstexstirpationen, Sehnenscheidenoperationen etc., traten niemals irgend welche entzündlichen oder Zersetzungs- resp. Eiterungserscheinungen auf und die Wunden waren, mit Glutol bedeckt, in jedem Falle ausnahmslos von einer trockenen Schönheit, welche strengster Prüfung Stand halten konnte. Nahteiterungen, Schwellungen, Erytheme etc. fielen ausnahmslos fort. Dabei haben wir das Austupfen der Wunden in fast allen Geweben des Körpers, Haut, Schleimhäuten, serösen Höhlen, Gelenkhöhlen, in der Blase, Conjunctivalsack ohne die geringste Schädigung ausüben können mit stets gleichem Resultat mustergiltiger Wundheilung. Peritoneum, Darmserosa und Darmschleimhaut, Uterushöhle, Lebersubstanz und Nierengewebe ertrugen ohne jede schädliche Reaction ebenso wie Muskelgewebe und Knochensubstanz die exacte Auswischung mittels der sterilen Gaze, welche mit Chloroform-Alcohol befeuchtet war.

Mein Verfahren zur atoxischen Wundbehandlung ist also fol-

gendes: Marmorstaubseifenreinigung der Hand- und Hautfläche, energisches Abreiben der Finger (namentlich der Nägel) mit Gazebäuschen, welche mit 25procentigem Chloroform-Alcohol getränkt sind. Die Haut oder Schleimhaut des zu Operirenden wird gleichfalls mit Chloroform-Alcohol abgerieben. Dann bis zum Beginne der Operation Bedeckung von Hand und Haut mit Chloroform-Alcohol-Compressen. Während der langdauernden Operationen wiederhole ich die beschriebene Abreibung der Hände. Erst am Schlusse der Operation wird die Wunde in allen Buchten und Taschen energisch mit Chloroformalcoholtupfern ausgewischt. Die Nahtlinie wird noch einmal abgetupft und gelegentlich ein chloroformfeuchter Gazebausch über der mit Glutol bestreuten Nahtlinie im Verband gelassen. Natürlich kann die Wunde auch mit Jodoform oder einem seiner Ersatzmittel bepudert werden. — Das Chloroform besitzt genau wie das viel giftigere Jodoform, ohne direct antiseptisch zu sein, die Fähigkeit, die Spaltung des Eiweissmolecüls zu verhindern und ferner die nicht weniger wichtige Eigenschaft, toxische Substanzen, Fette und Fettsäuren, Fettcrystalle zu lösen und gestattet dadurch, das für eine Infection prädisponirende Moment fortzuräumen. Die auf diese Weise erzielte Atoxis ist ein neues und wichtiges nicht länger ausser Acht zu lassendes Correlat der aseptischen Wundbehandlung.

Referate und Kritiken.

E. Merck's *Bericht über das Jahr* 1901. Herausgegeben im Januar 1902. Darmstadt.

Es ist dies der 15. Band der Merck'schen Jahresberichte und ist derselbe mit der gleichen Sorgfalt ausgearbeitet, wie dies bei seinen Vorgängern der Fall war. Er enthält zuerst einen Originalartikel „Zur Opium-Untersuchung", an welchen sich eine eingehende Besprechung der neueren Arzneimittel und Präparate vom pharmacotherapeutischen Standpunkte aus anschliesst. Das Studium des Merck'schen Jahresberichtes ist für den Practiker sehr zu empfehlen.

Die neuesten Arzneimittel und ihre Dosirung inclusive Serum- und Organtherapie in alphabetischer Reihenfolge. Für Aerzte und Apotheker bearbeitet von Sanitätsrath Dr.

P e t e r s in Bad Elster. Dritte Auflage. Verlag von Franz Deuticke. Leipzig und Wien 1902. 496 S. Preis 6 Mark.

Schon im Jahre 1900 hatten wir Gelegenheit, uns über die damals erschienene zweite Auflage des obigen Werkchens anerkennend auszusprechen. Auch der Umstand, dass schon nach so kurzer Zeit eine Neuauflage desselben nöthig geworden ist, spricht ohne Weiteres für den Werth und die Brauchbarkeit desselben. Da auch in den letzten Jahren wiederum eine grosse Anzahl neuer Arzneimittel in Gebrauch gekommen ist, so hat die vorliegende dritte Auflage naturgemäss eine dementsprechende Erweiterung und Umgestaltung erfahren müssen, wodurch eine Vermehrung der Seitenzahl von 235 auf 496 nothwendig wurde. Dadurch ist der Inhalt des Werkchens ein viel reichhaltigerer geworden, ohne dass die Handlichkeit desselben und seine Uebersichtlichkeit eine Einbusse erlitten hätten. Die Anordnung und Eintheilung des Stoffes ist im Uebrigen dieselbe geblieben. Die einzelnen Arzneimittel sind alphabetisch geordnet, bei jedem Mittel sind die Natur desselben, die hervorragendsten Eigenschaften, Dosirung, Wirkungsweise, Preis und Bezugsquelle angegeben. Bei vielen derselben finden sich ausserdem noch die einschlägigen Literaturangaben oder in Kleindruck kurze Excerpte, die der neueren medicinischen Literatur entnommen sind, beigefügt. Das auch in der Neuauflage vorzüglich ausgestattete Werkchen ist ein zuverlässiger Führer durch das Labyrinth der modernen Therapie und kann den Collegen auf das Beste empfohlen werden.

Specielle Pathologie und Therapie. Herausgegeben von Hofrath Prof. Dr. H e r m a n n N o t h n a g e l. XII. Band, I. Theil, IV. Abtheilung. *Die traumatischen Neurosen. Unfallsneurosen.* Von Dr. med. L. B r u n s, Hannover. Verlag von Alfred Hölder. Wien 1901. 131 S.

Die Arbeit behandelt in eingehender Weise das schwierige Capitel der traumatischen Neurosen in aetiologischer, symptomatologischer, diagnostischer, prognostischer und therapeutischer Beziehung, sowie vom Standpunkte des Sachverständigen aus. Ein Abschnitt über die Geschichte der traumatischen Neurosen und ein sorgfältig zusammengestelltes Literatur-Verzeichniss sind von ganz besonderem Interesse.

Leitfaden für Unfallgutachten. Ein Hilfsbuch zur Untersuchung und Begutachtung Unfallverletzter und traumatisch Erkrankter. Von Dr. C a r l W a i b e l. Verlag von J. Bergmann. Wiesbaden 1902. 424 S.

Das Buch ist für den ärztlichen Sachverständigen geschrieben, um diesem Anhaltspunkte für die bessere und leichtere

Beurtheilung der durch Unfälle entstandenen Körperschäden zu geben. Es zerfällt in zwei Haupttheile, in einen allgemeinen Theil, der die für den Arzt bezw. Sachverständigen wissenswerthesten Bestimmungen des Unfallsversicherungsgesetzes und die wichtigsten Anhaltspunkte zur Fertigstellung von Unfallgutachten enthält, und in einen speciellen Theil, in welchem für jeden Hauptgliedabschnitt des menschlichen Körpers alle in Frage kommenden Unfallsverletzungen abgehandelt werden. Damit sind verbunden kurze anatomische bezw. anatomisch-mechanische Vorbemerkungen, dann die Untersuchung der normalen Verhältnisse in anatomischer und functioneller Beziehung, ferner die Untersuchung der verletzten oder traumatisch erkrankten Körpertheile mit anatomischen und functionellen Störungen und den hauptsächlichsten diagnostischen Merkmalen derselben, dann die Abschätzung der functionellen Erwerbsstörungen nach den verschiedenen Verletzungen und traumatischen Erkrankungen der einzelnen Körpertheile mit den hauptsächlich vorkommenden Unfallfolgen. Das Buch ist nicht nur für den ärztlichen Sachverständigen, sondern auch für den practischen Arzt und insbesondere für den Chirurgen sehr lesenswerth.

Kurzes Lehrbuch der Gynäcologie. Bearbeitet von Dr. Ernst Bumm, Dr. Albert Doederlein, Dr. Carl Gebhard, Dr. Alfons von Rosthorn und dem Herausgeber Dr. Otto Küstner in Breslau. Mit 260 Abbildungen im Text. Verlag von Gustav Fischer. Jena 1901. 465 S.

Dieses neue Lehrbuch der Gynäcologie ist in erster Linie für den Studenten geschrieben und ist so angelegt, dass es in den Rahmen des modernen Unterrichtes hineinpasst. Bei der Abfassung des Buches wurde besonderes Gewicht auf die Darstellung einer wissenschaftlichen exacten Auffassung der Gynäcologie gelegt, um dieser neben der practisch-klinisch-therapeutischen Seite einen ebenbürtigen Platz zu verschaffen. Die Verf. haben sich ferner bemüht, dem practischen Bedürfnisse durch eine eingehende Berücksichtigung der Diagnose und Therapie Rechnung zu tragen; eingehende Berücksichtigung hat auch die operative Therapie erfahren, die Operationen der Gross- und Kleingynäcologie sind ausführlich beschrieben. Wenn bei der Abfassung des vorliegenden Lehrbuches auch verschiedene Autoren thätig waren, so ist doch in völlig genügender Weise ein einheitlicher Character des Buches gewahrt geblieben. Eine Durchsicht desselben lässt erkennen, dass es in sehr lobenswerther Weise durchwegs den practischen Standpunkt vertritt; es ist mit prägnanter Kürze geschrieben, enthält nichts zu viel, aber auch nichts zu wenig. Aus dem gleichen Grunde wohl sind die sonst in Lehrbüchern neuerdings fast ohne Ausnahme an-

zutreffenden ausführlichen Literaturangaben weggeblieben, die dem Zwecke des Werkes, ein „kurzes" Lehrbuch zu sein, nicht entsprochen hätten. Der Studirende, der Originalarbeiten lesen will, findet anderweitig mehr wie genügend Gelegenheit, sich darüber zu orientiren.

Das Buch ist sowohl hinsichtlich des Druckes als auch der Abbildungen vorzüglich ausgestattet. Eine besondere Uebersichtlichkeit des Inhaltes wurde durch stellenweise Verwendung der Cursivschrift erreicht. In dieser sind Sätze und Abschnitte wiedergegeben, welche ganz besonders hervorgehoben werden sollen, welche etwas von principieller Bedeutung sagen, etwas Lehrsatz- oder Grundsatzähnliches. Das Küstner'sche Lehrbuch der Gynäcologie ist in jeder Beziehung zu empfehlen.

Würzburger Abhandlungen aus dem Gesammtgebiet der practischen Medicin. Herausgegeben von Docent Dr. Joh. Müller und Prof. Dr. Otto Seifert. A. Stuber's Verlag (C. Kabitzsch). Würzburg 1902.

Von dem II. Bande der in kurzer Zeit so beliebt gewordenen Würzburger Abhandlungen sind bis jetzt die folgenden Lieferungen erschienen: 1. Heft. *Die Entstehung und Behandlung der Uterusruptur.* Von Prof. Dr. Otto von Franqué. 2. Heft. *Die Bedeutung der Bacteriologie in der Pathologie des Auges.* Von Docent Dr. P. Römer. 3. Heft. *Ueber die Behandlung der Versioflexionen des Uterus.* Von Professor Dr. Wilhelm Nieberding. 4. Heft. *Die nicht operative Behandlung der bösartigen Geschwülste.* Von Dr. von Boltenstern. 5. Heft. *Wesen und Behandlung der Krämpfe im Kindesalter.* Von Dr. Joh. Hugo Spiegelberg, München. 6. Heft. *Zur Pathologie und Therapie der Darmstenose.* Mit 12 Figuren im Text. Von Prof. Dr. Carl Bayer, Prag. 7. Heft. *Die Bedeutung der Neuronenlehre für die Nervenphysiologie.* Von Prof. Dr. F. Schenck, Marburg.

Compendium der Physiologie des Menschen. Für Studirende und Aerzte. Zweite, verbesserte und vermehrte Auflage. Von Dr. Paul Schultz, Berlin. Mit 47 Abbildungen im Text und einer lithogr. Tafel. Verlag von S. Karger. Berlin 1901. 364 S.

In knapper und doch klarer Weise wird in dem vorliegenden Compendium die Physiologie des Menschen abgehandelt. Es soll nicht die grösseren Lehrbücher der Physiologie ersetzen, sondern vor Allem dem Studirenden als Leitfaden und Wegweiser durch das grosse und weitverzweigte Gebiet der Physiologie dienen, sodann aber auch für den beschäftigten Practiker, der sich rasch über die eine oder andere physiologische Frage orientiren will, ein zuverlässiges und leicht übersichtliches Nachschlage-

buch sein. In diesem Sinne kann das Compendium sowohl Studirenden wie Aerzten nur bestens empfohlen werden, da der Verf. der Aufgabe, die er sich gestellt, in jeder Beziehung gerecht geworden ist. Die Ausstattung des Compendiums von Seiten der Verlagshandlung ist eine vorzügliche.

Mittheilungen aus der neuesten Journal-Literatur.

Innere Medicin.

Süsswein: *Die Influenza bei Masern.*

Der Umstand, dass Verf. unter 21 Masernfällen zehnmal Influenzabacillen microscopisch und culturell nachweisen konnte, beweist zur Genüge, dass die Influenza eine sehr häufige Complication der Masern darstellt. Alle zehn Fälle hatten einen schweren, fünf davon sogar einen letalen Verlauf. Das Fieber, das bei normalen Masern am zweiten bis vierten Tag nach Ausbruch des Exanthems vollkommen schwindet, bestand noch längere Zeit fort, und zwar zuweilen recht hoch (39—40° R). Regelmässig fand sich schwere Bronchitis, einige Male Bronchopneumonie und Pleuritis. Die Kinder wurden sehr hinfällig, cyanotisch, Respiration war oberflächlich und beschleunigt, Puls klein und frequent. Einige Male war auch Milztumor nachweisbar. Unter complicirenden Erkrankungen fanden sich Otitis media und Enteritis. Für die relativ hohe Sterblichkeit kamen neben der Influenza noch das zarteste Kindesalter und wohl auch die Rhachitis in Betracht. Einige Fälle von Maserninfluenza verliefen jedoch ziemlich milde und waren von uncomplicirten Masern kaum zu unterscheiden.

Obgleich eine Infection mit Influenza im Spital unmöglich erfolgt sein konnte, so wirft Verf. dennoch die Frage auf, ob es nicht rathsam wäre, eine Sonderung der Fälle von Mischinfection der Masern mit Influenza von solchen mit alleiniger Morbillierkrankung vorzunehmen, um auf diese Weise die grosse Mortalität der Masernkranken in Spitälern hintanzuhalten. Ausserdem erwähnt Verf. noch eines Umstandes, der von grosser Tragweite ist. Die Influenza-Epidemien der letzten Jahre haben uns gelehrt, dass der Ablauf dieser Krankheit eine bedeutende Disposition für die nachträgliche Infection mit Tuberkelbacillen zurücklässt. Durch diese Uebereinstimmung zwischen Masern und Influenza in Bezug auf die Häufigkeit der in ihrem Gefolge auftretenden Tuberculose einerseits und das soeben erwiesene gleichzeitige Vorhandensein beider Krankheiten andererseits, wird Verf.

zu der Annahme gedrängt, dass die Influenza häufig ein ursächliches Moment für die secundäre tuberculöse Infection der Masernkranken abgeben dürfte. (Wiener klin. Wochenschrift 1901, 47.)

Robert Koch: *Ueber die Agglutination der Tuberkelbacillen und über die Verwerthung dieser Agglutination.*

Koch hat das Arloing-Courmont'sche Verfahren für den practischen Gebrauch umständlich und unzuverlässig gefunden und deshalb durch Verreibung der Tuberkelbacillentrockencultur mit Natronlauge und Verdünnung mit Carbolkochsalzlösung eine neue Test-Flüssigkeit hergestellt: 0,1 g der Trockencultur wird mit einer 0,5%igen Carbolsäure und 0,85%igen Kochsalzlösung verrieben und im Verhältniss von 1:100 gemischt. Dann wird 6 Minuten centrifugirt, vom Bodensatz abgegossen und wieder mit Karbolkochsalzlösung auf 1:1000 verdünnt. So lässt sich die Lösung im Eisschrank etwa 2 Wochen lang conserviren. Zum Gebrauch wird auf 1:10000 verdünnt.

Das Blut der zu untersuchenden Person wird mit einem Schröpfkopf entnommen und möglichst bald centrifugirt, bezw. in Carbolsäure-Glycerin conservirt. Zur Agglutinationsprobe wird eine Verdünnung von 1:10 bis 1:50 höchstens 1:100 angesetzt.

Als Grenze der Agglutinationserscheinung wird das Vorhandensein eines bei macroscopischer Betrachtung eben noch deutlich erkennbaren, schwebenden und gleichmässig vertheilten Niederschlages angenommen.

Es gelang nun bei Thieren die Agglutinationswerthe durch Einspritzung von Tuberkelculturen bedeutend zu erhöhen. Ein deutlicher Unterschied des Agglutinationsvermögens bei tuberculösen Menschen liess sich nicht ermitteln. Es wurde indessen auch beim Menschen versucht, die Agglutination zu heben, um so einen Massstab für die erreichte Immunisirung zu gewinnen.

Durch subcutane bezw. intravenöse Injection einer Aufschwemmung der pulverisirten Tuberkelbacillen (Dosis beginnend mit 0,025 mg, steigend bis 20 mg.) wurden von 75 Kranken gebracht auf ein Agglutinationsvermögen von

1:25	= 14	(Dieselben hatten vorher
1:50	= 28	gar nicht oder nur bis
1:75	= 9	1:10 agglutinirt.)
1:100	= 10	
1:150	= 6	
1:200	= 1	
1:250	= 1	
1:300	= 1	

Bei den 9 Uebriggebliebenen war keine Agglutination zu erzielen.

Es scheint, dass Phthisiker im ersten Stadium leichter zum Agglutiniren zu bringen waren.

Mit dieser Eigenschaft des Blutserums ging eine Besserung der Symptome (Nachtschweisse, hectisches Fieber, Sputum-Menge) Hand in Hand. Der fieberhafte Zustand eines Phthisikers stellt jetzt keine Contraindication gegen die immunisirende Behandlung dar.

Wenn die anfänglichen Reactionen (Temperatursteigerung) abgefallen sind, und Pat. grössere Dosen von Serum vertragen, sollen sie event. ambulant behandelt werden, bis die Tbc. aus dem Sputum verschwinden. (Deutsche Med. Wochenschr. No. 48.)

E. v. Leyden: *Ueber die Antitoxinbehandlung des Tetanus und die Duralinfusion.*

Leyden bespricht noch einmal die beiden in seiner Klinik beobachteten Tetanusfälle, bei welchen die Jacob'sche Duralinfusion des Behring'schen Serums angewendet und ein guter Erfolg eingetreten war: 1) eine 29jährige Frau mit puerperalem Tetanus, 2) einen 22jähr. Pferdeknecht, bei welchem die Aetiologie des Leidens unklar geblieben ist.

Nach L. wird das Tetanustoxin nicht im Blute, sondern in den grossen motorischen Zellen des Vorderhirns festgehalten; man muss daher das Antitoxin in möglichste Nähe des Centralnervensystems bringen. Während Blumenthal und Jacob tetanisch gemachte Ziegen durch die Duralinfusion des Antitoxins nicht retten konnten, gelang dies Sicard bei tetanisch gemachten Hunden, während subcutane Anwendung des Serums versagt.

Verfasser bespricht die Technik der Duralinfusion: „1) Man sticht wie bei der Quincke'schen Lumbalpunction zwischen 3. und 4. Lendenwirbel mit der ca. 4 cm langen Nadel ein, welche genau auf die Spritze passt, mit der man nachher injiciren will. Nachdem man aus der Nadel 10—20 ccm Spinalflüssigkeit hat ablaufen lassen, spritzt man das Serum langsam ein, etwa in der Minute 2 ccm, im Ganzen nicht über 10—20 ccm. Das Einstechen und die Infusion selbst bereiten beim Tetanuskranken wegen des bestehenden Opisthotonus und durch den Eintritt der Zuckungen oft grosse Schwierigkeiten; man überwindet diese, indem man durch reichliche Gaben von Chloral und Morphium den Pat. für die Dauer des Eingriffs möglichst beruhigt."

Behring hat gegenwärtig eine Lösung eingeführt, von der 20 ccm einem Gramm des früher von ihm empfohlenen festen Antitoxins entsprechen.

L. gedenkt schliesslich der prophylactischen Seruminjectionen, welche bisher alle subcutane gewesen waren. „Es wird sich zeigen müssen, ob diese ausreichen, oder ob man auch zur Prophylaxe die subdurale Infusion wird heranziehen müssen." Da

schon die blosse Spinalpunction gelegentlich üble Folgen nach sich zieht, dürfte wohl von der noch complicirteren, eine specielle Einübung erfordernden Duralinfusion namentlich in einfachen Feldlazarethen abzurathen sein. (Therapie der Gegenwart 1901, August.)

Dr. Ehret: *Die Bedeutung des Fadenbacillus für die Frühdiagnose des Magenkrebses.*

Beim Magenkrebs findet sich stets ein sehr langer, fadenförmiger Bacillus, der die Eigenschaft besitzt, Milchsäure zu bilden. (Die im Magensaft bei Krebserkrankung so oft gefundene Milchsäure ist also das Product dieser Bacillen). Auf Agar entwickelten sich am 2. Tage stecknadelkopfgrosse Colonien dieses Bacillus, die weisslich gefärbt, durchsichtig und trocken erscheinen. Im Magensaft des Gesunden kommt dieser Bacillus nicht vor, wohl aber bei Stauung des Mageninhaltes. Die Anwesenheit reichlicher Fadenbacillen allein genügt schon, um die Diagnose auf Krebs sehr wahrscheinlich zu machen. Der Verf. führt mehrere Fälle an, wo es auf diesem Wege möglich war, die Diagnose schon sehr früh zu stellen. (La semaine médicale, 6. März 1901.)

v. Stenitzer: *Ueber den Fluctuationsnachweis bei Pleuraergüssen und dessen diagnostische Bedeutung.*

Verf. macht auf ein Symptom aufmerksam, das, in seiner Bedeutung vielfach unterschätzt, in Vergessenheit zu gerathen scheint, das aber bei entsprechender Untersuchungstechnik in differentialdiagnostisch schwierig liegenden Fällen einen unter Umständen ganz werthvollen Behelf bieten kann. Die Methode ist kurz folgende: Der Gehilfe steht zur Linken des im Bette mit vornübergebeugtem Oberkörper sitzenden Patienten und legt seine Hand flach mit leichtem Druck auf die Rückseite des Thorax, und zwar so, dass der Mittelfinger in den zur Percussion gewählten Intercostalraum zu liegen kommt (am besten zwischen Wirbelsäule und Scapularlinie im siebenten, achten, auch neunten Intercostalraum) und presst denselben fest an. Der Untersucher führt mit dem zweiten, dritten und vierten Finger der linken Hand kurze, nicht zu starke, mehr tastende Schläge aus, und zwar am ähnlichsten der Tastpercussion, wie sie Ebstein beschreibt, während die zu fühlende Hand mit leichtem Druck an die Thoraxseite flach angelegt wird (am besten Gegend der hinteren Axillarlinie, siebenten, achten Intercostalraum.) Dabei fühlt man dann deutliche Fluctuation, die besonders bei Pleuraergüssen mittleren Grades von grosser Wichtigkeit ist. Es handelt sich hier um Dämpfungen, die dem Diagnostiker oft differentialdiagnostische Schwierigkeiten bereiten können, zumal wenn die Prüfung auf die Cardinalsymptome (Stimmfremitus, Athem-

geräusch) durch ungünstige Verhältnisse, wie Benommenheit, grosse Schwäche, Aphonie, abnorm beschleunigte Athmung etc., illusorisch wird, wo also jeder diagnostische Behelf bedeutsam werden kann. Besonders empfehlenswerth dürfte übrigens die Prüfung auf Fluctuation bei Kindern sein, da man hier gewöhnlich aus dem Fehlen des Pectoralfremitus und dem Schallwechsel bei Umlagerung die Diagnose „Pleuraerguss" zu stellen gezwungen ist. (Wiener klin. Wochenschr. 1901, 47.)

Schenk: *Die Therapie der Lungentuberculose mittelst Stauungshyperämie.*

Lungenschwindsüchtige sind gewöhnlich anämisch. Um nun diese Blutarmuth, insbesondere in der Lunge, zu beheben und den Nährboden für den Tuberkelbacillus derartig ungünstig zu gestalten, dass derselbe zu Grunde geht und dann eine Heilung dieser Krankheit durch Bindegewebswucherungen erfolgen kann, lässt Sch. die Patienten nicht auf einem horizontalen Liegestuhl liegen, sondern derart, dass die Füsse hoch und Rumpf und Kopf niedriger zu liegen kommen. Dadurch wird in erster Linie eine Steigerung der Blutzufuhr zu den Lungen erreicht. Anämischen Individuen ist diese Lagerung stets angenehm, weil ihr Gehirn dadurch etwas blutreicher wird. Sollten sich jedoch Kopfschmerzen in Folge Blutandranges einstellen, so genügt die Application einer Kühlkappe. Die Kranken dürfen nur während möglichst trockener Zeit, in trockener Luft im Freien verweilen, bei Regen oder heftigem Nebel müssen sie im geheizten, mit trockener Luft erfüllten Zimmer verbleiben. Ausser am Tage verbleiben die Patienten auch Nachts in Schräglagerung. Durch dieses Verfahren gelangt schon auf rein mechanischem Wege mehr Blut zu den Lungen; um nun aber noch eine Erweiterung und Erschlaffung der Blutgefässe derselben zu erzielen, lässt Sch. aus gewundenen Gummischläuchen eine Art Jacke herstellen, welche angezogen werden kann und dann den Brustkorb und die Lungenspitzen vollständig bedeckt. Dieser Anzug ist ähnlich den Leiter'schen Kühlapparaten construirt und gestattet durch das Durchfliessenlassen von verschieden temperirtem Wasser die Anwendung verschieden warmer Umschläge. Unter die Gummijacke kommt eine feuchte Kreuzbinde und über dieselbe eine trockene Flanellbinde. Um nun noch eine Kräftigung und gute Contractionen des Herzens zu erzielen und so eine grössere Menge Blut in die Lunge zu pumpen, fügt Verf. über der Herzgegend in die Gummijacke einen kleinen Herzschlauch ein, durch den er kaltes Wasser circuliren lässt. Die Wirkung der Wärmapplication ist gewöhnlich eine prompte. Abgesehen von dem subjectiven Wohlbefinden nimmt die fahle Gesichtsfarbe recht bald ab und macht einem frischeren Aussehen Platz, was immerhin einen hohen psychischen Werth für den Phthisiker hat. Die Expectoration wird bedeutend erleichtert, so dass Morgens in den

ersten Tagen ganze Unmassen von Sputum leicht expectorirt werden. Ist im Heilungsprocess schon ein geringer Fortschritt bemerkbar, so dass der Patient nicht jeden Augenblick einer Blutung ausgesetzt ist, welche durch eine kalte Abreibung oder etwa einen momentanen Hustenreiz hervorgerufen werden kann, dann beginnt Verf. mit Theilwaschungen einzelner Partien und geht erst zu Abreibungen über, wenn der Patient bis zu einem gewissen Grade abgehärtet ist. (Wiener med. Wochenschr. 1901, 27, 28.)

Jewey: *Casuistische Beiträge zur Pathologie und Therapie der Darminvagination.*

Verfasser berichtet über vier Fälle von Darminvagination. Irgend welche Störungen des Darms waren vorher bei keinem der Fälle zu verzeichnen. Die Schmerzen waren, mit Ausnahme eines Falles von Invaginatio rectalis, kolikartige, paroxysmenweise auftretende. Nur in einem Falle wurden sie localisirt angegeben, alle anderen klagten über diffuse Bauchschmerzen. Erbrechen trat, mit Ausnahme der Invaginatio rectalis, in allen Fällen auf. Tenesmus war nur im Falle von Invaginatio rectalis vorhanden. Die Stühle können zuerst noch fäculent sein. Ist jedoch der Stuhlgang unterhalb der invaginirten Darmpartie abgegangen, so tritt in Folge Circulationsstörungen seitens der Mesenterialgefässe mit consecutiver hämorrhagischer Durchtränkung der intussusceptirten Darmschleimhaut die blutigschleimige Diarrhoe auf. Dieser Umstand und der gewöhnlich vorkommende Tenesmus gibt häufig zu Verwechslungen mit der Dysenterie Veranlassung. In der Aetiologie spielt die Paralyse eines Darmabschnittes eine grosse Rolle. In dem Fall der Invaginatio rectalis konnte ein Polyp der Rectalschleimhaut für die Invagination in ätiologischen Zusammenhang gebracht werden. Der Verlauf ist meistens ein acuter, seltener ein subacuter oder chronischer. Führen hohe Darmirrigationen nicht zum Ziel, so ist sofort die Laparotomie zu machen. Sind die pathologischen Veränderungen bereits vorgeschrittener, so muss zur Resection der invaginirten Darmpartie geschritten werden. (Wiener klin. Wochenschr. 1901, 48.)

Mendelsohn: *Zur Compressionstherapie der Herzkrankheiten.*

Die Wirkung der von Abée zuerst angegebenen Herzstützen beruht nach M. nicht sowohl auf einem Emporheben des Herzens, als vielmehr auf einer Compression der Brustwand und der möglichsten Fixirung des Herzens an dieselbe. Die Compressionstherapie des Herzens erweist sich nur bei allen denjenigen Zuständen wirksam, welche mit Hypertrophie und Dilatation des linken Ventrikels einhergehen; durch das in grosser Ausdehnung

der Brustwand anliegende Herz wird jede Bewegung desselben direct auf den Thorax übertragen und ferner Zerrungen und Dehnungen des Aufhängeapparates des Herzens hervorgerufen; die peinlichen Empfindungen der Herzkranken sitzen aber zum grossen Theil in der Brustwand, nicht im Herzen. Der günstige Einfluss der Thoraxcompression zeigt sich besonders auch in Bezug auf die übermässige Beweglichkeit des Herzens, welche mit der erheblichen Volums- und Gewichtszunahme desselben einhergeht. Mit einem solchen von Gräupner construirten Brustwand-Compressor, der für jeden Kranken besonders angefertigt werden muss, hat M. in einer Anzahl entsprechender Fälle zweifellos Besserung der subjectiven Beschwerden erzielt und auch constatiren können, dass die Leistungsfähigkeit des Herzens unter Anwendung des Apparates eine bessere war als ohne ihn. (Berlin. klin. Wochenschr. 1901, Nr. 34.)

Becker: *Ein Beitrag zur Lehre von den Lymphomen.*

Eine 33jährige bisher gesunde Frau wurde von einer Schwellung der Lymphdrüsen am Halse befallen, die allmählich auch auf die anderen Lymphdrüsen übergriff, so dass nach Verlauf von drei Jahren sämmtliche oberflächlich gelegenen Drüsen, zum Theil bis über Wallnussgrösse, geschwollen waren. Die Milz war mässig vergrössert. Das Blut zeigte erhebliche procentuale Vermehrung der Lymphocyten, besonders der grossen Formen, bei nur unerheblicher Vermehrung der Gesammtzahl der Leucocyten. Die übrigen Organe waren gesund. Die Tumoren hatten einen gutartigen Character, das Allgemeinbefinden wurde nur sehr wenig alterirt und auf eine Injectionscur von Arsenik gingen die Schwellungen der Lymphdrüsen, auch die der Milz erheblich zurück. Im Anschluss an diesen Fall erörtert Verf. ausführlich die pathologische Anatomie und die Entwickelung der einzelnen Krankheitsformen, für die er folgende Eintheilung vorschlägt: 1. Lymphosarcomatosis, 2. Lymphomatosis tuberculosa, 3. L. syphilitica, 4. L. hyperplastica simplex mit der Anaemia splenica infantium, 5. Lymphomatosis diffusa, zu welchen alle Fälle von eigentlicher Pseudoleucämie gehören. Die Vermehrung der Lymphocyten im Blut erklärt Verf. lediglich für eine Folge der Hyperplasie der Lymphdrüsen resp. des lymphatischen Gewebes, wie sich das auch bei anderen, mit Schwellung der Lymphdrüsen einhergehenden Erkrankungen zeigt. (Deutsche med. Wochenschr. 1901, Nr. 42/43.)

SITZUNGSBERICHTE.

Deutsche Medicinische Gesellschaft der Stadt New York.

Montag, den 3. Februar 1902.

17 West 43. Strasse.

Präsident Dr. Geo. W. Jacoby eröffnet die Sitzung um 8¼ Uhr.

Secretär Dr. John E. Beuermann verliest das Protocoll der letzten Sitzung, welches genehmigt wird.

Präsident Dr. Geo. W. Jacoby berichtet aus der Sitzung des Verwaltungsrathes, dass demselben die Resignation von Dr. Carl Dauber vorlag, und zwar sei Herr Dr. Boldt bevollmächtigt worden, die Resignation von Dr. Dauber zu unterbreiten. — Die Versammlung beschliesst, die Resignation anzunehmen. — Ferner habe das Mitglied Dr. Broquet ersucht, seinen Namen von der Mitgliederliste zu streichen. — Die Versammlung beschliesst demgemäss. — Herr Dr. Gleitsmann sei zum Vorsitzenden des Aufnahmecomités gewählt worden. — Sodann habe der Verwaltungsrath beschlossen, ein Comité mit der Ausarbeitung der Statutenveränderung zu betrauen, und zwar die Herren Dr. Gleitsmann, Dr. Beuermann und Dr. Leviseur.

Die Versammlung beschliesst, den Bericht des Verwaltungsraths anzunehmen.

1. *Vorstellung von Patienten, Demonstration von Praeparaten, Instrumenten etc.*

a) Dr. W. Freudenthal (Patientin mit *tuberculösem Tumor des Larynx* vorstellend).

Dieser junge Mann, den ich Ihnen hiermit vorstelle, ist 23 Jahre alt und war Zeitungshändler. Er ist seit anderthalb Jahren erkrankt, hatte Beschwerden im Hals und war schon in einer Klinik behandelt worden. Was da eigentlich gemacht worden ist, konnte ich nicht genau eruiren. Es handelt sich um tuberculöse Infiltrate im Larynx. Er hatte eine tumorartige Infiltration auf dem rechten Taschenband, die ich vor 12 Tagen entfernte. Entfernung ging sehr leicht vor sich, und wenn ich eine derartige Operation vergleiche mit der Entfernung eines Stimmband-Polypen, so muss man sich über die ausserordentliche Leichtigkeit wundern, mit der solche Tumoren entfernt werden können. Das ist aber nicht die Ursache, weshalb ich den Patienten

vorstelle. Ich thue es vielmehr wegen der Indicationsstellung zu dieser Operation. In einer Kritik über ein diesbezügliches Buch sagt A. Kuttner (Berlin), es herrsche jetzt allgemeine Uebereinstimmung über die Indication zu Curettage dieser Theile. Meiner Ansicht nach ist er aber im Irrthum. Die Ansichten darüber gehen noch sehr weit auseinander. In Deutschland wird viel mehr operirt als hier. In Wirklichkeit giebt es hier ganz hervorragende Laryngologen, die so gut wie gar nicht hierbei operiren. Dr. Gleitsmann, der, wie Sie wissen, eine grosse Erfahrung in diesen Sachen hat, gehört nicht zu den letzteren Herren. Vor zwei Jahren veröffentlichte ich einen Artikel in Fraenkel's Archiv für Laryngologie, in welchem ich 29 Fälle zusammenstellte, die ich operirt hatte und von denen ich genaue Berichte noch vorfand. Von diesen 29 Fällen waren nicht erfolgreich 18, bei sieben trat sehr langsame Besserung ein, und bei vier merkwürdig schnelle Besserung.

Ich sagte mir nun damals, dass ich in Zukunft jedenfalls weniger operiren würde, aber dass sich doch immer Fälle darbieten würden, die man operiren müsse. Ich hatte umsomehr Recht dazu, als ich wirklich Fälle sah, die von anderer Seite operirt worden waren und wo mir von den Patienten gesagt wurde, seitdem Dr. So und So mich im Kehlkopf operirt hat, habe ich viel mehr Schmerzen und Beschwerden. Diese schlechten Erfolge habe ich nicht nur bei Patienten anderer Collegen beobachtet, sondern auch bei meinen eigenen, und ich wurde deshalb sehr vorsichtig.

Hier lag aber die Sache anders. Dieser junge Mann hatte eine zwar leichte, aber doch bemerkbare Dyspnoe, welche die Ursache meines operativen Eingriffs war. Aber nachdem ich den Tumor entfernt hatte, sagte er mir sofort, er könne viel leichter athmen. Ich operire jetzt gewöhnlich nicht, wenn nur einfache Infiltrationen vorhanden sind, sonst aber keine Schlingbeschwerden, keine Dyspnoe und keinerlei Schmerzen. Hier war aber die Indication Dyspnoe. Ich entfernte also die tumorartige Masse, aber als ich den Patienten vor zwei Tagen sah, fingen die Granulationen wieder an zu wuchern. Wie weit sich das weiter ausbilden wird, muss die Zukunft lehren. Jedenfalls ist das aber wieder ein neuer Beweis, dass wir mit der Indicationsstellung vorsichtig sein müssen.

b. Dr. F. Torek: Fälle von *Oophorectomie für inoperables Mammacarcinom.*

Die Operation der Entfernung der Eierstöcke bei Fällen von inoperablem Mammacarcinom ist letzthin wiederholt ausgeführt worden, und zwar sind darunter ein paar ganz merkwürdige Erfolge, die beinahe an Heilung grenzen, berichtet worden. Ich glaube daher, dass es nicht uninteressant sein wird, wenn ich Ihnen meine Erfahrungen mit dieser Behandlungsmethode un-

terbreite und ein paar entsprechende Fälle vorstelle. Um nicht missverstanden zu werden, möchte ich gleich im Voraus sagen, dass ich die Entfernung der Eierstöcke nicht etwa bei solchen Fällen empfehle, bei denen eine locale Ausrottung des Erkrankten noch möglich ist und Aussicht auf Erfolg bietet. Bei solchen Fällen ist die Entfernung der Brustdrüse mit einem grossen Stück Haut, beider Pectorales, sowie der Lymphdrüsen im Axillarraume und in der Infra-, eventuell auch der Supraclaviculargegend die Methode der Wahl; dieselbe hat schon eine erkleckliche Anzahl schöner Erfolge aufzuweisen. Die Entfernung der Eierstöcke jedoch, als Behandlungsmethode des Mammacarcinoms, ist noch im experimentellen Stadium und sollte daher nur in sonst hoffnungslosen Fällen geübt werden. Durch die Unterbreitung meiner Fälle will ich darlegen, nicht nur was für Erfolge, sondern auch was für Misserfolge die Operation in meinen Händen gehabt hat.

Fall 1. Frau S. S., 31 Jahre alt, aufgenommen im Skin and Cancer Hospital am 12. Februar 1901. Vor 3 Monaten wurde an ihr wegen Mammacarcinoms in einem hiesigen Hospitale die Mamma nebst beiden Pectorales etc. entfernt und der Defect durch Thiersch'sche Transplantation gedeckt. Kaum hatte sie das Hospital verlassen, als sich auch schon ein Recidiv einstellte. Jetzt ist die Brust an der Stelle des ursprünglichen Carcinoms mit grossen und kleinen ulcerirenden Knollen bedeckt, die den Rippen und Intercostalmuskeln aufsitzen. In der Umgebung dieser Knollen ist eine Menge metastatischer Hautknötchen. Patientin menstruirt regelmässig. Am 15ten Februar entfernte ich die Eierstöcke. Schon eine Woche nach der Operation war eine Verkleinerung der Knollen zu constatiren, die sich nach einer weiteren Woche noch deutlicher zeigte. Die Wunden hatten sich auch entschieden gereinigt, und die Schmerzen, über welche die Patientin geklagt hatte, waren verringert. Von hier an jedoch schritt die Besserung nicht weiter fort. Patientin wurde entlassen und noch ein paar Monate ambulatorisch weiter behandelt, d. h. verbunden. Gegen das Ende dieser Zeit stellte sich etwas Dyspnoe ein, und ich konnte ein geringes Pleuraexsudat nachweisen, ohne Fieber, woraus ich auf Carcinom der Pleura vielleicht der Lunge schloss. Die Patientin verschwand dann aus meiner Beobachtung, und ein paar Monate später, etwa 6 Monate nach meiner Operation, hörte ich, dass sie gestorben sei. In diesem Falle also hat die Operation kaum etwas genützt, da die Besserung nur gering und von kurzer Dauer war.

Fall 2. Frau M. W. wurde am 9ten Juli 1901 im Skin and Cancer Hospital aufgenommen. Pat. ist 47 Jahre alt. Die Menopause hat sich schon vor 3 Jahren eingestellt. Um jene Zeit schon bemerkte sie eine Geschwulst in ihrer linken Brustdrüse. Die Geschwulst wuchs, die Haut über derselben wurde roth und dünn, bis sie schliesslich vor einigen Wochen aufbrach. Die Ge-

schwulst verursacht der Patientin viel Schmerz. St. pr.: Tiefes, kraterförmiges Geschwür der linken Brustdrüse von über 10 cm Durchmesser, einen Verlust des grössten Theiles der Brustdrüse darstellend. Der Boden des Geschwüres haftet fest an den Rippen, die Seiten sind von brettartiger Härte, und auf dem Ganzen befindet sich ein grauer, necrotischer, übel riechender Belag. Zahlreiche harte, grössere und kleinere metastatische Knötchen sind in der Haut der Umgebung vertheilt. Die Patientin ist ausgesprochen kachectisch. Es handelt sich um ein inoperables Mammacarcinom, und der Patientin wird als Palliativeingriff die Entfernung der Ovarien vorgeschlagen. Am 11ten Juli wird diese Operation ausgeführt und zu gleicher Zeit das Geschwür mit dem scharfen Löffel gehörig gereinigt und mit 50procentiger Chlorzinklösung geätzt. Bei der Operation fand ich zahlreiche Knötchen auf dem Peritoneum hinter dem Uterus, die ich für Carcinommetastasen ansah. Ich stellte daher, besonders auch wegen des stark geschwächten Zustandes der Patientin, die Prognose als sehr schlecht hin. August 13. Pat. hat sich sehr gut erholt und ist vor einigen Tagen aus dem Hospital entlassen worden. Ihre Schmerzen haben vollständig aufgehört; das Geschwür ist geschrumpft bis auf den dritten Theil seiner früheren Grösse; die metastatischen Knoten sind kleiner und weicher geworden; das Aussehen der Patientin hat sich bedeutend gebessert. December 23. Das Geschwür hat nur noch die Grösse eines Pfennigs. Eine Anzahl der Hautmetastasen sind gänzlich verschwunden, während andere geblieben sind; ja eins oder zwei davon scheinen mir sogar letzthin wieder gewachsen zu sein. Der Kräftezustand der Patientin hat sich weiter gebessert. Heute nun finden Sie das Geschwür kaum halb so gross wie ein Pfennig, nebst einigen Hautmetastasen in dessen Umgebung, die sich jedoch seit letztem Mal nicht vergrössert haben. Die Patientin versieht ihre ganze Hausarbeit.

Fall 3. Frau C. G., 40 Jahre alt, giebt folgende Krankengeschichte an: Am 6ten Februar 1901 bemerkte sie eine Geschwulst von der Grösse einer Haselnuss in der rechten Brustdrüse. Am 5ten März, als die Geschwulst bereits den Umfang einer grossen Pflaume erreicht hatte, wurde an ihr in Hoboken die einfache Amputatio mammae ausgeführt. Am 5ten September sah ich sie zum ersten Male im Skin and Cancer Hospital. Bei der Untersuchung zeigte sich ein ulcerirendes Recidiv, ca. 4 cm breit und 7½ cm lang, an der Stelle der früheren Operation, nebst zahlreichen metastatischen Knoten in der Umgebung der Geschwulst. Die rechten Axillardrüsen waren ausgedehnt involvirt, in Form von harten Geschwülsten. Die linke Mamma war ebenfalls der Sitz einer harten Geschwulst, welche scheinbar die ganze Brustdrüse involvirte. Pat. menstruirt regelmässig. Ich empfahl ihr die Exstirpation der Ovarien, ein Vorschlag, den sie Anfang October annahm. Am 4ten October entfernte ich die

Ovarien, sowie auch Theile der Tuben, welche cystisch entartet waren. Die Brustdrüsen erhielten gar keine locale Behandlung, ausser dass das Geschwür auf der rechten Seite mit steriler Gaze bedeckt wurde. Nach 5 Wochen war schon eine bedeutende Veränderung wahrzunehmen. Der Tumor der linken Brust war bereits zum grössten Theil geschwunden, das Geschwür auf der rechten Brustseite war beinahe geheilt, die Drüsen in der rechten Achselhöhle bedeutend verkleinert, ein paar Metastasenknötchen verschwunden, und die übrigen weicher geworden. December 9. Das Geschwür ist geheilt und die Achseldrüsen sind gar nicht mehr zu fühlen; aber die Metastasenknötchen sind immer noch da, wenn auch lange nicht in so grosser Zahl, wie früher. Die Geschwulst in der linken Brust kann man nur noch als undeutliche Infiltration in der Warzengegend wahrnehmen.

Fall 4. E. E., 47 Jahre alt; menstruirt regelmässig. Im Mai 1901 bemerkte sie eine haselnussgrosse Geschwulst in der linken Brustdrüse. Sie gab derselben keine weitere Beachtung, bis im October ihr Arm zu schwellen anfing und sich Lymphome in der Oberschlüsselbeingrube und in der Achselhöhle einstellten. Am 28. Januar 1902 wurde sie im Skin and Cancer Hospital aufgenommen. St. pr.: In der linken Brustdrüse characteristisches hartes Carcinom mit Infiltration der Haut und Einziehung der Warze. Die Geschwulst misst 12 cm über ihrer vorderen Fläche. Axillar- und Supraclaviculardrüsen sind äusserst hart und kaum zu bewegen. Der linke Arm ist oedematös angeschwollen. Wegen der festen Verwachsungen der Drüsen wird der Fall als inoperabel angesehen und am 30. Januar die Oophorectomie ausgeführt. Heute, also 4 Tage nach der Operation, ist die Geschwulst in der Mamma schon um einen halben Zoll geschrumpft; die Lymphdrüsen jedoch noch nicht in ihrer Grösse verringert.

Wenn ich aus diesen wenigen Beobachtungen Schlüsse ziehen dürfte, so wären dieselben folgende:

I. Die Entfernung der Ovarien hat auf das Mammacarcinom in den meisten Fällen eine rückbildende Wirkung.

II. Diese Wirkung äussert sich am ausgeprägtesten auf das Mammagewebe selbst und auf die direct darüber liegende Haut.

III. Auch die Lymphdrüsen im Gebiete des Carcinoms können durch die Operation eine Rückbildung oder Entwicklungshemmung erfahren.

IV. Metastasen in der Haut ausserhalb des Mammagebietes werden durch die Operation wenig oder gar nicht, solche in den Knochen, der Pleura, Lunge etc. gar nicht beeinflusst.

V. Die Frage, ob die Ovarien vor der Operation noch functionsfähig waren oder nicht, hat auf den Erfolg keinen bestimmenden Einfluss.

c. Dr. J. W. Gleitsmann: Ein Fall von *Sarcom der*

Trachea. Demonstration des per vias naturales entfernten Tumors.

Der Patient, den Sie hier sehen, ist 52 Jahre alt und vor seiner jetzigen Erkrankung nie krank gewesen. Es liegt keine haereditäre Belastung noch Syphilis vor. Ich sah ihn zum ersten Mal am 19. December 1900 im Deutschen Hospital. Der allgemeine Befund bot nichts Bemerkenswerthes. Einen Monat vorher hatte er Schmerzen im Hals gemerkt. Die Untersuchung ergab ohne Schwierigkeit freien Kehlkopf und in der Höhe des zweiten und dritten Trachealknorpels einen kolossal grossen Tumor, der dem Patienten das Athmen entsprechend erschwerte. Ich berieth mich mit dem Herrn im Hospital, der mir den Fall übergab. Es war nicht sowohl die Natur der Geschwulst zu berücksichtigen, die Sie in der Flasche finden, sondern zu bedenken, ob nicht der Tumor, den ich nur mit der Schlinge herausnehmen konnte, vielleicht zu brüchig wäre, so dass bei Berührung mit der Schlinge einzelne Theile abbrechen und in die Bronchien fallen würden; ferner, ob der Tumor nicht blutreich wäre und, drittens, ob nicht, selbst wenn ich so glücklich sein sollte, den Tumor ganz zu fassen und mit der Schlinge abzuschnüren, derselbe nicht grösser sein würde, als die Oeffnung der Stimmritze. Ich habe den Versuch gewagt, und er ist über Erwarten glücklich gelungen, allerdings nicht in Folge meiner eigenen Geschicklichkeit, sondern auch dadurch, dass der Mann ein ausgezeichnet guter Patient ist.

Mit einer 10 bis 20proc. Cocainlösung wurde der Kehlkopf ganz unempfindlich gemacht. Die Operation war dann im Ganzen ziemlich einfach. Es glückte mir, nachdem ich die Krümmung der Instrumente ausprobirt hatte, der Schlinge die Krümmung zu geben, den Tumor auf einmal zu fassen und abzuschnüren. Ich war sehr vorsichtig mit der Andrehung des electrischen Stroms, damit der Tumor nicht in die Trachea falle; ich drehte den Strom nur secundenweise an und zog die Schlinge wieder zu. Das Resultat war über Erwarten gut. Am Sonnabend wurde der Mann operirt, und am Montag wurde er schon entlassen. Ich cauterisirte ihn dann noch einmal, und nach einigen Wochen bemerkte ich ein erbsengrosses Stück, ein Recidiv, das ich auch mit der Schlinge entfernte, und cauterisirte ihn später noch einmal. In den letzten Tagen habe ich nichts mehr von einem Tumor finden können, aber ich werde den Patienten natürlich in Beobachtung halten. (Demonstration des Präparats und der Instrumente.)

d. Dr. Jos. Fraenkel (Patienten vorstellend).

Der Fall, den ich mir vorzustellen erlaube, ist, wie es scheint, ein sehr seltener. Es handelt sich um einen Zustand den die Franzosen *„Adeno-lipomatose-symmetrique-cervicale"* nennen.

Der Patient, den Sie hier sehen, ist fünfzig Jahre alt, in Un-

garn geboren, und hat eine negative Familien- und Vorgeschichte. Er gesteht chronischen Alcoholismus zu. Er hat vor einem Jahre einen schweren Abdominal-Typhus durchgemacht.

Ueber den Anfang der multiplen Tumor-Entwicklung lässt sich nichts Genaues eruiren. Jedenfalls scheint der Zustand mindestens 15 Jahre alt zu sein.

Sie sehen symmetrische Geschwülste zu beiden Seiten des Ligamentum nuchae im Halse, ferner eine Geschwulst vorn in der Mitte unter dem Unterkiefer, eine in der Incisura jugularis, eine grosse, längliche tiefer unten im Nacken, zwei symmetrische an beiden Oberarmen, und zwei symmetrisch-längliche Geschwülste zu beiden Seiten von der Mittel-Linie am unteren Abdomen.

Die Geschwülste haben eine eigenthümlich gelatinöse Consistenz. Nach den neuesten Untersuchungen scheint es sich in diesen Fällen um localisirte Erkrankungen der Lymphgefässe und Lymphdrüsen zu handeln.

e. Dr. M. Toeplitz (Patienten vorstellend): Ich erlaube mir, Ihnen hiermit einen Fall vorzustellen, der vor drei Wochen in meine Abtheilung der Deutschen Polyklinik kam mit der einzigen Klage über Heiserkeit. Ich fand bei der Untersuchung eine Paralyse der Kehlkopfseite; das linke Stimmband stand in Cadaverstellung. Nachdem ich den 52jährigen Patienten weiter ausgefragt, kam noch ein anderes Symptom zum Vorschein, Beschwerden beim Schlucken. Er klagte darüber, dass er feste Speisen nicht herunterschlucken könne. Die Untersuchung sonst ergab weiter nichts als eine leichte Dämpfung links hinten oben, und ich musste, da ich Carcinom des Oesophagus vermuthete, Sonden einführen und fand, dass Sonden No. 25 noch gut durchgingen, dass aber bei No. 30 die Durchführung auf Schwierigkeiten stiess. Die Verengung des Oesophagus liegt ungefähr in der Entfernung von 24 cm vom Mund aus, so dass also die anfängliche Verengung in der Höhe der Bifurcation, vielleicht etwas darüber zwischen Trachea und Oesophagus stattfindet. Ferner wurde der Mageninhalt ausgepumpt und dabei fand sich ein Stück vom Gewebe, das microscopisch untersucht wurde. Dr. Kreuder fand darin epitheliale Zellen, die wahrscheinlich Krebszellen sein werden, obwohl ich das nicht bestimmt behaupten möchte. Herr Dr. Beck war so freundlich, ein Röntgenbild des Falles (bei eingeführter Sonde) anzufertigen, das aber leider nicht sehr deutlich ist. Hier ist die Platte. Dr. Beck, der heute Abend nicht kommen kann, schreibt mir, wie folgt:

Platte von vorn genommen; Sonde nicht so deutlich zu sehen; Aufnahmezeit sehr kurz; wesshalb die Knochen weniger deutlich hervortreten, dafür ist die Schwellung in der Sternalgegend um so deutlicher. Die linksseitige Infiltration (Bronchialdrüse?) ist in der Rückenlage ebenso deutlich wie in der Bauchlage. Wo die Sonde aufhört, beginnt die Gschwulst.

Es ist also mit der grössten Wahrscheinlichkeit anzunehmen, dass der Patient an Carcinom des Oesophagus leidet, und ich werde über den weiteren Verlauf später berichten.

In Verbindung mit diesem Fall ist es vielleicht von Interesse, einen anderen Fall mitzutheilen, den ich vor fünf Jahren gesehen habe, und in welchem das einzige Symptom eine Facialis-Paralyse war. Es konnte damals keine Diagnose gemacht werden, und vom Familienarzt hinzugezogen, fand ich ausserdem eine Paralyse des linken Recurrens laryngealis. Oesophaguscarcinom war daher ausser Zweifel. Infiltrirte Drüsen drückten auf den Facialis bei seinem Austritt aus dem Foramen stylo-mastoideum. Die Patientin starb drei Monate später.

Discussion zu Fall a. Dr. J. W. Gleitsmann: Ich kenne den Artikel im Archiv für Laryngologie, auf den sich Dr. Freudenthal bezogen hat. Im Ganzen hat er recht, wenn er sagt, dass die Meinungen der Laryngologen, nicht der hiesigen, sondern der der Welt über den Werth und die Indicationsstellung der Curettage noch getheilt sind. Jedoch habe ich bei dem Resumé, welches ich bei der öffentlichen Discussion auf dem Moskauer Congress gegeben hatte, eine Statistik beigebracht, die zeigte, dass die Zahl der Laryngologen, welche die Curettage empfehlen, seit dem Congress in Rom bedeutend gewachen ist, weit mehr als nach dem Berliner Congress.

Ich habe, was Curettage des Kehlkopfes betrifft, immer das Vergnügen, mit sonst nah befreundeten Collegen der laryngologischen Section, sobald die Tuberculose des Larynx besprochen wird, unausbleiblich zu discutiren, da unsere Ansichten verschieden sind, und wir uns nicht gegenseitig bekehren können. Dr. Freudenthal hat zugegeben, wenigstens wenn ich ihn recht verstanden habe, dass die Curettage in einzelnen Fällen gute Resultate hat. Ich habe den Fall, den er hier vorgezeigt hat, selbst mit angesehen und ich habe ihm gegenüber bei Besichtigung des Falles meine Meinung dahin ausgedrückt, dass er gut thun würde, wenn er noch mehr entfernte. Nun ist Curettage oder besser Excision tuberculöser Infiltrate der Vergrösserung des Taschenbandes dasjenige, was am wenigsten gute Resultate giebt. Die Curettage ist hauptsächlich ursprünglich empfohlen worden für die äusserst schmerzhaften und grossen Infiltrationen der Hinterwand, die durch ihre Schwellung und Entwickelung der neuen Nervenenden die Dysphagie in hohem Grade verstärkt. Ich kann der Ansicht von Dr. Freudenthal nicht vollständig beistimmen, ich glaube, je mehr Patienten man sieht, desto weniger wird man curettiren, desto vorsichtiger wird man sein. Dr. Freudenthal hat auch über Milchsäure seine speciellen Ansichten, denen ich nicht beistimmen kann. Ich weiss mehr als einen Fall, wo ich durch rücksichtslose Curettage von etwa 21, 22 Stücken wohl sagen kann, dass ich das Leben der Patienten dadurch gerettet habe. Ich erinnere namentlich an zwei Fälle, die

schon mehrfache medicinische Gesellschaften passirt haben, die hier vorgestellt sind und bei denen beiden jetzt das Resultat jahrelang günstig ist. Der eine Fall wurde auf dem Berliner Internationalen Congress 1890 zum ersten Mal besprochen, und bei beiden Fällen muss ich direct behaupten, dass die Patienten ohne rücksichtslose Curettage gestorben wären, während sie jetzt vollständig gesund sind. Das sind auch Fälle von primärer tuberculser Laryngitis. — Dr. W. Freudenthal (Schlusswort): Dass die Ansichten der Laryngologen auseinandergehen, das beweisen schon die beiden Herren Gleitsmann und ich selber. Bei *primärer* Larynxtuberculose kann man allerdings viel mehr ausrichten, als bei allen Fällen, die hier vorgestellt werden. Dabei könnte auch einmal wirklich etwas Lebensrettendes geschehen, denn die Patienten sind da im guten Allgemeinzustande. Ist aber, wie in den meisten Fällen, der Larynx secundär angegriffen, dann haben wir eine Heilung sehr selten. Ich erinnere mich noch sehr genau, wie Heryng aus Warschau im Jahre 1890 auf dem Berliner Congress sprach, und mit welchem Enthusiasmus er die geheilten Fälle vorzeigte. Das hat sich aber in Wirklichkeit nicht bewährt. Es sind Heilungen vorgekommen, aber sie sind *ausserordentlich* selten, und das lehrt uns, dass wir in solchen Fällen vorsichtig sein müssen. Jedenfalls achten wir aber Alle die Ansicht von Dr. Gleitsmann, weil wir wissen, welch grosse Erfahrung er in solchen Sachen hat.

Zu Discussison Fall b. Dr. Carl Pfister: Ich möchte nur ganz kurz über einen Fall berichten, den ich vor drei und ein halb Jahren wegen Carcinoms der rechten Mamma operirt habe. Ich entfernte die beiden Pectorales. Die Frau war 45 Jahre alt, menstruirte regelmässig und bekam nach einem Jahre ein kleines Recidiv in der Drüse. Ich räumte damals diese Drüse wieder aus, und die Frau hörte auf zu menstruiren. Das ist nun zwei und ein halb Jahre her und die Frau ist vollständig recidivfrei geblieben. Ich glaube auch mit Dr. Torek, dass die Function der Ovarien etwas damit zu thun hat. Ich habe andere Fälle gesehen, wo die Drüsen ausgeräumt worden sind, und doch wieder ein Recidiv eingetreten ist. — Dr. J. A. Schmitt: Ich hätte gern von Torek erfahren, wie er sich die Wirkung vorgestellt, den die Castration auf die Rückbildung von Brustdrüsenkrebs hat. Wir wissen, dass durch Castration eine frühzeitige Menopause herbeigeführt wird, dass Myome zur Schrumpfung oder Verkleinerung gebracht werden, dass der Uterus schrumpft und Osteomalacie geheilt wird u. s. w. Wie Dr. Torek sich das vorstellt, hat er im Vortrag nicht erwähnt. Ich möchte seine Angabe ausserordentlich bezweifeln, dass nicht functionirende Eierstöcke, wenn sie entfernt werden, einen rückbildenden Einfluss auf Carcinom haben. In der That hat Dr. Torek seinen glänzendsten Erfolg bei der menstruirenden Frau erzielt. Ich weiss wohl, dass es ausserordentlich schwierig ist,

die Wirkung der Eierstöcke auf die verschiedenen Organe und den Gesammtorganismus zu erklären. Wir wissen heute noch nicht, ob dieser Einfluss durch die Nerven oder durch die Circulation vermittelt wird. Die Secretion der Eierstöcke spielt dabei eine wichtige Rolle. — Dr. F. Torek (Schlusswort): Die Discussion dreht sich hauptsächlich um die Frage, ob die Funktionsfähigkeit der Ovarien einen Einfluss auf den Erfolg der Operation hat, und ich muss wiederholen, dass ich an einen solchen Einfluss nicht glaube. Dr. Schmitt ist im Irrthum, wenn er meint, dass mein schönster Erfolg bei der menstruirenden Frau stattgefunden hat. Er bezieht sich auf Fall 3, den ich nicht vorstellen konnte. Die Frau menstruirte noch bis zur Operation. Sie ist nicht geheilt. Sie hat noch ihre Metastasenknötchen um die Mamma herum, ebenso wie die Frau, die ich hier vorgestellt habe, wenngleich diese Knötchen bedeutend geringer in Zahl und Grösse geworden sind. Und die Frau, die Sie hier gesehen haben, hat nicht mehr menstruirt. Bei ihr hat die Function der Ovarien schon Jahre vor der Operation aufgehört. Ich möchte hinzufügen, dass der schlechteste Fall der der jüngsten Frau war. Die Frau war 31 Jahre alt, menstruirte regelmässig und, wie Sie aus der Krankengeschichte, Fall 1, ersehen, war der Erfolg sehr mässig und von kurzer Dauer. Es haben auch andere die Beobachtung gemacht, dass Rückbildung noch bei ziemlich alten Frauen nach der Castration stattgefunden hat. Die Frage, die Dr. Schmitt aufwirft, wie ich mir die Rückbildung erkläre, habe ich in meinen Bemerkungen nicht berührt. Ich habe das absichtlich nicht gethan, weil weder ich noch sonst Jemand im Stande ist, eine genügende Erklärung dafür zu geben. Die Erklärung ist nur eine Hypothese, dass durch den Sympathicus Veränderungen in dem Mammacarcinom vorgehen, aber was für Veränderungen das sind, weiss man nicht. Ich habe nur bemerkt, dass der Erfolg hauptsächlich das Mammagewebe selbst betrifft und desto weniger wirkt, je weiter die Affection resp. Metastase von der Mamma entfernt ist, und wenn die Metastase ein tiefer liegendes Organ ergriffen hat, dass dann die Castration gar keinen Erfolg auf dieselbe hat.

2. *Vorträge.* a. Dr. F. Maass: *Zur Operation der Nasenrachen-Tumoren.* (Vortrag ist in dieser Nummer publicirt.)

Discussion. Dr. Fred. Kammerer: Ich möchte bemerken, dass es immerhin ein seltenes Ereigniss ist, dass ein Tumor, der sich microscopisch als maligner erweist, durch ein derartiges Verfahren so lange zur Heilung geführt wird. Meine persönlichen Erfahrungen sind in dieser Beziehung nicht so günstig gewesen. Sie beziehen sich allerdings auf zwei Fälle, die ich nach Freilegung des Tumors bei Inoperabilität durch Auskratzen mit dem scharfen Löffel und Cauterisation behandelt habe, bei denen aber sehr bald nach der Operation, wenn es sich um breiten An-

satz handelte — und es hat sich in allen von mir operirten Fällen immer darum gehandelt — ein Recidiv eingetreten ist. Es ist natürlich Jedem bekannt, dass die harten Tumoren eine viel bessere Prognose im Nasenrachenraum geben, als die weicheren. Ich glaube, wir können Herrn Dr. Maass zu seinem Erfolg nur gratuliren. — Dr. J. W. Gleitsmann: Dr. Maass hat blos eine Form von Tumoren, und zwar die gutartigen behandelt, denn ich betrachte seinen Fall als einen gutartigen. Ich erinnere mich noch heute, nach nahezu 40 Jahren, wie ich in Berlin war und den alten Dr. Langenbeck operiren sah und wie ich zum ersten Mal eine Operation von bösartigem Nasenrachen-Tumor und eine osteoplastische Operation vom Oberkiefer sah. Der alte Herr steht mir immer noch vor Augen, wie er in tadelloser Toilette die blutigsten Operationen machte, und ich erinnere mich vieler Fälle, wo er den Oberkiefer vollständig aussägte und überklappte, auch solcher Fälle, die gut wurden. Ich erinnere mich noch eines Falles, wo der Tumor in alle möglichen Höhlen hineingewachsen war. Er löste sie ab, und wie er an die Schädelbasis kam, war die Basis isolirt. Was die gutartigen Nasenrachen-Tumoren anbetrifft, zu deren Gattung Dr. Maass seinen Fall zu rechnen scheint, so sind massenhafte Operationen angezeigt und glücklich ausgeführt worden. Ich habe selbst einmal einen Fall operirt und habe ihn glücklicher Weise mit der Schlinge entfernt. Ich möchte nur noch ein paar Worte sagen, um die Verdienste eines hiesigen Laryngologen hervorzuheben, der jetzt todt ist. Es ist Dr. L...., dem überall in den Zeitschriften und Büchern der Tribut gezollt wird, dass er diese gutartigen, besonders Nasenrachenfibrome, auf eigene Weise mit grosser Geschicklichkeit entfernte. Er hat nämlich von der vorderen Nase aus durch Einlegen einer Schlinge die grössten Nasenrachenfibrome einfach durch Anlegung der Schlinge entfernt. Ich muss offen sagen, dass mir auch manche Fälle gelungen sind, wenn ich auch nicht die Fertigkeit zu besitzen glaube, die Dr. L. hatte. Für die Entfernung von gutartigen Geschwülsten stehen uns alle möglichen Mittel zu Gebote. Bei bösartigen Geschwülsten sind Radicaloperationen absolut nothwendig, und da sind wir ebensowenig vor Recidiven sicher, wie bei bösartigen Geschwülsten überhaupt. — Dr. F. Maass (Schlusswort): Ich möchte noch einmal hervorheben, dass ich den Tumor für gutartig gehalten habe, denn, wie angegeben, war er wiederholt vorher geätzt und cauterisirt und trotzdem jedesmal glatt überheilt. Bei einem malignen Tumor wird das kaum geschehen. Das war der Grund, weshalb ich mich überhaupt an die Sache heranmachte. Was die radicale, für bösartige Geschwülste genügende Entfernung angeht, so halte ich sie in dieser Gegend kaum für möglich, auch mit Löffel und Brenner. Wenn man bei so leicht blutendem Tumor den scharfen Löffel anwenden will, so wird man bald so viel Blutung haben, dass man nichts mehr sieht. Man wird also

im Dunkeln arbeiten und vieles stehen lassen. Um den Tampon zu brauchen, muss man natürlich genau wissen, ob man einen weichen oder einen harten Tumor vor sich hat, und das kann man nicht anders in Erfahrung brigen, als durch Anbrennen des Tumors mit dem Thermocauter. Man fühlt mit dem Brenner ob hartes oder weiches Gewebe vorliegt. Was ich zuerst beabsichtigte, den ganzen Tumor zu verkohlen, ging nicht, weil er zu stark blutete. Ich glaube, dass hier die microscopische und klinische Diagnose sich nicht decken, und dass man desshalb berechtigt war, eine Operation zu machen, die absolut nicht von mir als radical hingestellt werden soll. Ich hatte den Einwurf erwartet, dass man den Tumor für syphilitischen Ursprungs hätte halten können, weil er offenbar vom Muskel ausging. Ich glaube, dass auch gegen diese Annahme die glatte Heilung nach den Cauterisationen spricht. Jodbehandlung nach der Operation hat nicht stattgefunden.

b. Dr. M. Einhorn: Ueber einige Fälle von *Hodgkin'scher Krankheit und lymphatischer Leucämie.*

Discussion. Dr. L. Weber: Gestatten Sie mir ein paar Worte zu dem Theil des interessanten Vortrags, der sich auf Pseudo-Leucämie bezieht. Ich habe da in Bezug auf die Aetiologie und Therapie einiges zu erwähnen, was vielleicht von Interesse ist. In den letzten Jahren ist der Versuch gemacht worden, den Namen Pseudo-Leucämie fallen zu lassen und statt dessen von Lymphomatosis zu sprechen. Ich glaube nicht, dass das richtig ist, und dass es das Beste ist, bei dem Sammelnamen zu bleiben und das Wort Lymphomatose auf die einzelnen Formen dieses noch viel umstrittenen und in seiner Wichtigkeit noch nicht erkannten Gebiets anzuwenden. Die Fälle, die ich gesehen habe, sind theils Hospitalfälle, theils Fälle der Privatpraxis. Ich spreche zuerst von der Gruppe der als multiple Lymphomatose erscheinenden Pseudo-Leucämie, bei welchen kein syphilitisches, tuberculöses, sarcomatöses Element nachzuweisen ist. Ich erinnere mich zunächst dreier Fälle, die ich kurz hintereinander sah, von multipler Lymphomatose sog. gutartiger Natur, die sich rapide entwickelten. Sie zeigten alle eine rasche Vergrösserung dieser Tumoren. Die vergrösserten Drüsen verpackten sich zusammen, und in der relativ kurzen Zeit von drei Monaten entwickelte sich ein rasch fortschreitendes Bild der Anaemie. In einem Fall war die Compression von Seiten der Drüsen auf die Trachea derart, dass zur Tracheotomie geschritten werden musste. In sechs Monaten gingen diese Fälle zu Grunde. Zur Aetiologie dieser drei Fälle kann ich nichts Besonderes mittheilen. Ich habe mir Mühe gegeben, etwas zu finden, was die Ursache sein könnte, habe aber nichts feststellen können. Der vierte Fall, der in diese Gruppe gehört, ist folgender: Ein junger Mann von 27 Jahren, verheirathet, in dessen Familiengeschichte absolut nichts nachzu-

weisen ist, bekam vor etwa neun Monaten einen ausserordentlich schweren Nasencatarrh mit eitriger Absonderung, der Wochen und Monate gedauert haben soll und mit Verlust des Geruchs endete. Bald darauf fingen die Drüsen auf der einen Seite des Nackens zu schwellen an. Allmählich ging die Infiltration in die Achseldrüsen über, und der Patient fing auch an, anaemisch zu werden. Nicht selten ist es mir wenigstens in der Praxis begegnet, dass das anaemische Symptom eher hervortrat, so dass wir erst einen Fall wegen Anaemie behandeln, bevor wir auf die Drüsenerkrankung aufmerksam werden. In diesem Fall hätten wir also das inficirende Moment, den Krankheitserreger, der von der kranken Nasenrachenschleimhaut aus die Drüsen inficirte und den Stein ins Rollen brachte. Wenigstens liess sich nichts weiter in dem Fall nachweisen. Von der zweiten Gruppe, die für uns practische Aerzte ausserordentlich wichtig und nicht selten differentialdiagnostisch schwierig ist, nämlich der tuberculösen Lymphomatose, habe ich zwei sehr prägnante Fälle augenblicklich in Beobachtung. In dem ersten Fall, wo ich nicht an Tuberculose glaubte, entwickelte sich bei einem jungen Mädchen von 21 Jahren mit Pseudo-Leucämie, sechs Monate nachdem die Diagnose gemacht worden war, Tuberculose der Lunge. Es ist gar kein Zweifel, dass der Primäraffect hier höchst wahrscheinlich in den Drüsen selbst, wahrscheinlich den Bronchialdrüsen, vorhanden war und später auch die Drüsen des Halses u. s. w. ergriffen wurden. Der zweite Fall betrifft eine Frau von 33 Jahren, Wittwe, kinderlos, die nie krank gewesen, und ich glaube, dass es sich um Tuberculose handelt, weil ich rechts vorn sowohl supra- wie infraclavicular, hinten über dem rechten Apex Phänomene wahrnahm, welche mich annehmen liessen, dass es sich um Tuberculose handeln könnte. Es war auch Fieber vorhanden. Dieser Befund führte mich aber irre. Ich glaubte, dass in dem Fall, wo es sich um sechsmonatliche Krankheit handelte und die Drüsen auf beiden Seiten bedeutend vergrössert sind und massenhaft vorhanden und auch eine oder zwei vereitert, in der That Tuberculose sein müsse, und dennoch kam es nicht so; die Frau ist seit letzten September in meiner Beobachtung und kommt alle Monate einmal in meine Office. Sie geht ihrem Geschäft nach, das ziemlich anstrengend ist, als Hair Dresser. Die Drüsen sind bedeutend kleiner geworden, die oben genannten Lungensymptome verschwunden, und ich glaube, dass die Aussicht auf Sistirung dieser Krankheit verhältnissmässig günstig ist. Vergessen Sie nicht, dass Pseudo-Leucämie wie Leucämie ihre Stadien des Fortschrittes, Stillstandes und Rückschrittes hat, ohne dass man sagen kann, dass diese oder jene Behandlungsform daran Schuld ist. Ich will nicht sagen, dass die Behandlung nichts leistet, aber wenn die Sache auf irgend eine Behandlung hin eine Zeit lang besser geht, so darf man nicht gleich sagen, post hoc, ergo propter hoc. Ich habe jahrelang gehofft, einen Fall zu sehen, in dem man sagen

könnte, diese Pseudo-Leucämie hat sich im Lauf der Syphilis entwickelt und wäre nicht vorhanden, wenn nicht Syphilis dagewesen wäre. Das ist mir aber bis jetzt nicht gelungen. Ich habe nur zwei Fälle von bilateraler Drüsenschwellung des Halses bei Syphilitikern gesehen, und dachte im letzten Falle, es wäre ein Fall von Pseudo-Leucämie auf syphilitischer Basis, es handelte sich jedoch nur um Gummata. Ein anderes höchst wichtiges Moment in diesen Fällen ist in Bezug auf die Prognose der scheinbar gutartigen Lymphomatose die Frage, was kann im Lauf der Zeit in Bezug auf die Veränderung von manchen dieser Drüsengeschwülste passiren. Und da kommt nun die schätzbare Beobachtung der Privatpraxis in Betracht. Die Spitalfälle entgehen uns. In der Privatpraxis ist es anders. Ich erinnere mich zunächst eines höchst interessanten Falles eines Mannes. Die Vorgeschichte war nicht bedeutend. Syphilis oder Tuberculose nicht vorhanden, Patient sah nicht schlecht aus. Als sich Pseudo-Leucämie entwickelte, waren die Lymphome nicht weich, sondern hart und nicht gross. Die Krankheit ging ruhig ihren Weg und nach 2 Jahren, im Frühjahr, sagte er mir, er wollte nach Europa gehen. Ich hatte nichts dagegen. Vor seiner Abreise fühlte er in der linken Bauchgegend eine flache, etwas harte Geschwulst. Diese entwickelte sich zu einem Lymphosarcom, welches rasch wuchs, und der Mann ging drüben zu Grunde. Was nun die sog. bösartigen Lymphome betrifft, so sind es meiner Erfahrung nach wohl immer weiche Lymphosarcome mit kolossaler Parenchymentwickelung. Ich glaube, man könnte diesen Namen, der so viel Verwirrung in dem Studium der Pathologie der Krankheit gemacht hat, am besten fallen lassen und nur von Lymphom und Lymphosarcom sprechen. Was die Behandlung betrifft, so glaube ich hat der Vortragende recht, dass Arsenik ein souveraines Mittel ist, aber ich muss sagen, dass grössere Dosen nöthig sind. Carbolsäure macht sich besser als Cocain als Adjuvans bei subcutaner Anwendung. Man kann unter die Haut spritzen, und es folgen keine unangenehmen Reactionserscheinungen. Ich möchte nochmals auf ein Moment zurückkommen. Im Verlauf dieser Krankheit, der Pseudo-Leucämie, entwickelt sich eine Anaemie, die ziemlich rasch fortschreitet, und die Patienten kommen oft, und wir nehmen sie in Behandlung und wissen gar nicht, dass sie drüsenkrank sind, und darauf müssen wir bei der Behandlung Rücksicht nehmen. Es ist wichtig, Eisen zu geben, und wenn das Herz schwach ist, Eisen und Strychnin. Eisen und Strychnin vor den Mahlzeiten, und Arsen nach den Mahlzeiten. — Dr. M. Markiewicz: Prof. Dr. Eichhorst stimmt mit dem Collegen Einhorn niemals überein. Es ist das zweite Mal, dass Prof. Dr. Eichhorst gegen Dr. Einhorn vorgeht. Das eine Mal, als er die Diagnose stellte, dass Magensyphilis vorhanden wäre, sagte er: Ich glaube es nicht, und heute scheint es wieder so zu sein, indem Dr. Eichhorst ganz

andere Ansicht über die Pseudo-Leucämie hat. Cohnheim war der erste, der die Krankheit entdeckte und benannte, und die Leucämie wurde von Prof. Virchow in 1845 entdeckt. Beide Krankheiten sind nicht dieselbe Krankheit, wie College Einhorn (unter den Hodgkin'schen) meint, denn wenn auch der klinische Verlauf beinahe derselbe ist, so hat Virchow nachgewiesen, dass bei Leucämie die Blutbahnen mit weissen Blutkörperchen überschwemmt sind, während in Leucämie die rothen Blutkörperchen normal sind. Ich möchte ferner anführen, dass College Einhorn sagt, es seien keine Bacillen gefunden worden. Das ist aber auch nicht richtig, denn Dr. Peccinie und Dr. Majoci, Italiener, und ebenso Prof. Eichhorst haben Bacillen und Micrococcen gefunden. Im vorigen Jahre ist von Dr. T. R. Jaenicke in Breslau ein Fall geheilt worden mit Thyreoidin-Tabletten, und zwar dem englischen Präparat, andere Präparate waren nichts werth. — Dr. Max Einhorn (Schlusswort): Ich bin Herrn Dr. Weber sehr dankbar für seine Bemerkungen. Ich habe natürlich in meinem Vortrag nicht genauer auf die Aetiologie eingehen können, aber ich habe auch in meinen Fällen keine bestimmten Punkte eruiren können. Es war keine Syphilis vorhanden und auch sonst nichts, was einen Anhaltspunkt hätte geben können. Ich habe trotzdem oft Jodkalium angewendet, ohne aber viel Erfolg zu sehen. Auch in Bezug auf die Therapie stimme ich mit Dr. Weber vollständig überein, dass wir die Anaemie besonders behandeln sollen. Das Arsenik wirkt ja eben als Blutbilder. Auch Eisen ist natürlich wichtig, ebenso gute Ernährung und gute Luft. Was Dr. Markiewicz betrifft, so habe ich nur erwähnt, was Fischer gesagt hat. Wenn einer sagt, er findet keine Bacillen, so kann ich das nicht ändern.

Schluss und Vertagung.

Dr. J. A. Beuermann, prot. Secretär.

Therapeutische und klinische Notizen.

— *Zur Behandlung der Blenorrhoe.* Taenzer in Bremen machte bei zwei Tripperpatienten, bei welchen es galt, möglichst rasch eine Heilung zu erzielen, tägliche Ausspülungen nach Janet, anfangs einmal, nach einigen Tagen, als absolut keine Aenderung eintrat, zweimal täglich. Schon waren mehr als 14 Tage vergangen, ohne dass der Harn auch nur die kleinste Aenderung aufwies. Da begann T. statt mit Kaliumpermanganat mit Ichtharganlösung (1 0/00) auszuspülen. Bereits nach der dritten Ausspülung war der Harn des einen Patienten klar und die Gonorrhoe

schwand bald, ohne die geringsten Residuen zu hinterlassen. Bei dem zweiten Patienten wurde der Harn wohl eine Spur heller, allein es war doch so wenig, dass T. trotz fortgesetzter täglicher Spülung mit dem Erfolge durchaus nicht zufrieden war. Er liess daher alle äusserliche Manipulationen bei Seite und gab nach dem Vorgange Aufrecht's dem Patienten Ichtharganlösung (0,05/200,0) innerlich, alle drei Stunden einen Esslöffel. Der Erfolg war ein so plötzlicher und frappanter, dass er beschloss, die Sache weiter zu versuchen. Er liess daher bei den neuhinzukommenden Tripperkranken alle externe Medication bei Seite und gab nur obige Lösung intern durch ca. acht Tage hindurch und ist mit den auf diese Weise erzielten Erfolgen äusserst zufrieden. Nach 8, höchstens 10 Tagen ist der Harn auch bei ganz bösartigen Trippern ganz klar und nun beginnt T. erst, mit Einspritzungen oder Ausspülungen und zwar fast ausschliesslich mit Ichthargan in 1 0/00iger Lösung, bis sämmtliche Fäden verschwunden sind. Bei keinem der Patienten wurden bei der internen Medication des Ichthargans irgend welche schädliche Nebenwirkungen auf Magen oder Darm beobachtet; die Kranken nehmen das Mittel sehr gerne. (Monatsh. für pract. Dermatologie, Bd. XXXIV., No. 7.)

— *Beitrag zur Xeroformtherapie.* Unter diesem Titel veröffentlicht Pfeiffenberger in Wien seine Erfahrungen mit dem Xeroform (Wiener Med. Presse, 1902, No. 2). Er betont, dass das Xeroform alle günstigen Eigenschaften des Jodoforms vereint, ohne dessen Nachtheile zu haben. Ueberall da, wo man eines secretionsbeschränkenden Deckmittels und schmerzstillenden Verbandmittels benöthigte, machte Pf. mit Xeroform gute Erfahrungen. So erzielte er sehr zufriedenstellende Resultate in einer ganzen Reihe von Fällen von schweren acuten und chronischen Eczemen und bei Verbrennungen verschiedenen Grades. Bei letzteren trat sehr bemerkenswerth die schmerzstillende Wirkung zu Tage und die auffallend rasche und glatte Abheilung der Brandwunde. Die schmerzlindernde Wirkung zeigte sich eclatant an einem Kinde, das mit ausgedehnten Verbrühungen zweiten Grades gebracht wurde. Das Kind wimmerte erbärmlich und krümmte sich vor Schmerzen. Die Blasen waren durchwegs geplatzt und die blossliegenden Hautschichten starrten von einer Salzkruste. Nach rascher Entfernung dieses radicalen Mittels wurde die ganze Partie mit Xeroform bestreut. In wenigen Minuten beruhigte sich das Kind; es war von seinen Schmerzen befreit.

Bei einer anderen Verbrennung dritten Grades am Unterschenkel war der Befund und Verlauf folgender: Acht Tage nach dem Unfall war die ganze betroffene Partie von schwarzen Fetzen, missfarbigen Borken und jauchigem Secret bedeckt. Nach ausgiebiger Reinigung wurde ein Verband mit essigsaurer Thonerde angelegt, der aber bereits nach wenigen Stunden von äusserst übelriechendem Secret durchtränkt war. Der Verband wurde erneuert, zuvor aber die ganze Partie mit Xeroform dünn bestreut und das von nun an stets. Die Secretion verringerte sich rasch, und es trat keine übelriechende Zersetzung mehr auf. Nach Abstossung aller nectrotischen Partien stellten sich bald recht hübsche kräftige Granulationen ein, die nun mit Xeroform weiter bestreut wurden, aber statt der

essigsauren Thonerde Borsalbeverband erhielten. Die fast die ganze Unterschenkelvorderfläche bedeckende Wundfläche wurde unter Narcose zweimal gethierscht. Sämmtliche Läppchen heilten unter Xeroformverband fehlerlos an und brachten so die ursprünglich recht übel aussehende Verbrennung in verhältnissmässig kurzer Zeit zur vollständigen Heilung.

Bei Verbrennungen war die Anwendungsweise im allgemeinen folgende: Im frischen und noch entzündlichen Stadium wurde die ganze Verbrennungsfläche dünn mit Xeroform bestreut und mit essigsaurer Thonerde verbunden. Im weiteren Stadium, wenn sich die Wundflächen gereinigt, eventuell necrotische Partien abgestossen hatten, erfolgte nebst der Bestreuung zumeist Borsalbenverband. Durchwegs wurde damit rasche und glatte Heilung erzielt, respective frühzeitig die Möglichkeit der Transplantation geschaffen.

Die secretionsvermindernde, beziehungsweise desodorisirende Wirkung des Xeroforms hat Pf. in vielen Fällen als angenehm empfunden, besonders bei langdauernden Wundprocessen. Pf. erwähnt nur zwei Fälle, die ihm wegen ihres vielmonatlichen Verlaufes — im Leopoldstädter Kinderspitale beobachtet — noch frisch im Gedächtniss haften.

Beide betrafen Verletzungen schwerster Art, und zwar eine grässliche Zermalmung und Zerreissung des rechten Unterschenkels eines zweijährigen Knaben durch eine Dreschmaschine und eine fast vollständige Abschälung (der Haut und Weichtheile) des rechten Fusses mit Eröffnung einer Anzahl Fuss-, beziehungsweise Zehengelenke bei einem elfjährigen Knaben durch Ueberfahrenwerden. Da in beiden Fällen Amputation abgelehnt wurde, musste die conservative Methode in Anwendung kommen. Leicht begreiflicher Weise entstanden infolge des langsamen Abstossungsprocesses und der überreichlichen Wundsecretion und deren Zersetzung äusserst übelriechende Stoffe, Umstände, die die Behandlung für Arzt, Patienten und Umgebung äusserst unangenehm gestalteten. Nach dem vergeblichen Versuche, Secretion und Zersetzung mit den verschiedensten Mitteln — Jodoform musste bei den ausgedehnten Wundflächen infolge Resoprtionserscheinungen bald aufgegeben werden — einzuschränken, griff Pf. zum Xeroform und konnte vollauf zufrieden sein, da es nun endlich gelang, die Secretion bedeutend einzuschränken und die Bildung übelriechender Stoffe fast ganz hintanzuhalten. Dabei trat bald Wundreinigung und kräftige Granulation ein, die den langwierigen Knochenabstossungsprocess für den Kranken und dessen Umgebung wenigstens erträglich machten und spätere operative Eingriffe ermöglichten. Das Allgemeinbefinden beider Patienten stellte sich bald recht günstig und verblieb es durch die ganze Zeit der Behandlung.

Bei einer Reihe von chronischen oder acuten, stark secernirenden Eczemen leistete das Xeroform vorzügliche Dienste. Auffallend rasch tritt Secretionsverminderung und Ueberhäutung der betroffenen Partien ein.

— Als *Beitrag zur Beurtheilung der* Credé'schen *Silberpräparate* theilt R. Lehmann in Danzig folgenden Fall mit: Eine sehr corpulente, 59jährige Frau war auf der Strasse am Oberschenkel handbreit unter der Schamfuge durch einen Messerstich verletzt worden, der nur mit genauer

Noth die Arteria femoralis vermieden, dafür aber eine grosse varicöse Erweiterung der Vena saphena getroffen hatte. L. fand die Frau in ihrer Wohnung in einer grossen Blutlache liegend. Nach Anlegung eines Nothverbandes wurde sie in seine naheliegende Wohnung geschafft, woselbst er die stark beschmutzte Wunde nach Möglichkeit säuberte, die Blutung stillte und die Wunde unter Einlegung eines Gazedrains vernähte. Trotzdem musste L. bereits am übernächsten Tage wegen eitriger Entzündung die Nähte lösen und mit feuchten antiseptischen Verbänden weiter behandeln, wonach auch nach einigen Tagen die Entzündung zurückging. Während dieser Zeit aber bildete sich oben direct neben der Vulva eine entzündliche Anschwellung heraus, die, aller Behandlung trotzend, in kurzer Zeit die Grösse eines Hühnereies erreichte. Die für einen operativen Eingriff äusserst ungünstigen häuslichen Verhältnisse, die Corpulenz und Unruhe der Frau, bei der ein Verband kaum einen Tag gut sass, veranlassten L. zu einem Versuch mit Unguentum Credé, wovon er etwa 3 g täglich auf dem Tumor leicht verrieb. Schon am 2. Tage hatte sich der Tumor etwas erweicht, war weniger empfindlich und geröthet, die Haut nicht mehr so prall gespannt. Die Fortsetzung der Behandlung liess den Tumor nach weiteren 3 Tagen gänzlich verschwinden. Nach L. ist auch dieser Fall, wie viele andere, geeignet, die hervorragende Wirkung des Argentum colloidale zu illustriren. (Die Therapie der Gegenw., März 1902.)

— *Beobachtungen über das* Merck'sche *Dionin* hat A. Kurtz veröffentlicht. Das Dionin ist bekanntlich als unschädliches Ersatzmittel des Morphiums empfohlen worden; seine Eigenschaften sind bereits vor 3 Jahren von Schröder beschrieben worden. K. beschränkte sich an dieser Stelle auf eine kurze Wiedergabe seiner eigenen Erfahrungen. Er hat Dionin in zahlreichen Fällen von acuter und chronischer Bronchitis, einem Falle von Lungenspitzencatarrh, bei einigen Fällen von Emphysema pulmonum, in vielen Fällen von Gastralgia und Colica und schliesslich einem Falle von Carcinoma ventriculi in Anwendung gebracht.

Bei der acuten Bronchitis war in allen Fällen der Erfolg ein guter. Selbst heftige Brustschmerzen liessen in kurzer Zeit nach, der Hustenreiz milderte sich und bei trockenem Husten trat bald ein leichter Auswurf ein.

Analog wie bei der acuten Bronchitis wandte er Dionin auch bei der chronischen Bronchitis an. Bei dieser Erkrankungsform erzielte er der Natur des Leidens entsprechend zwar keine vollständigen Heilerfolge, jedoch trat in allen Fällen eine wesentliche Besserung der Krankheitserscheinungen ein, indem die Athembeschwerden und die übermässige Exspectoration nachliessen.

Bei den Fällen von Emphysem mit Bronchialcatarrh konnte er ein merkliches Nachlassen der bronchitischen Erscheinungen nach Dioningebrauch beobachten.

In einem Falle von tuberculösem Spitzencatarrh mit heftigem Kratzen in den Luftröhren und starkem Reizhusten gab K. Dionin in Tropfenform und vereinigte dasselbe gleichzeitig mit Apomorphin in der gleichen

Lösung, wie er es auch bei einigen Fällen von Bronchitis schon versucht hatte. Ausser diesen Medicamenten verordnete er neben entsprechender Diät eine leichte hydriatische Cur. Nach 14 Tagen verschwanden die subjectiven Beschwerden vollkommen.

Die zweite, wichtige therapeutische Eigenschaft, welche dem Dionin nachgerühmt wird, ist dessen schmerzstillende. Dadurch veranlasst, gab K. in Fällen heftiger Gastralgia oder Colica, in denen er früher fast ausschliesslich Morphium anwendete, Dionin und zwar bei diesen Krankheitsformen fast ausschliesslich in Pulverform in der Einzel-Dosis von 0,02. In einem Falle von Gastralgia wechselte er zur Controle zwischen Morphium und Dionin bei auftretenden Schmerzen ab, um die Wirksamkeit beider Medicamente zu vergleichen und fand dabei, dass Dionin dem Morphium in schmerzstillender Beziehung in keiner Weise nachstand, dagegen lieber als Morphium genommen wurde.

Schliesslich erwähne K. noch kurz, dass er in einem Falle von Carcinoma ventriculi ebenfalls durch Darreichung von Dionin Linderung der Schmerzen erzielte. Bei dieser Art von Erkrankungen würde er Dionin ganz besonders zu häufigerem Gebrauche empfehlen, indem mit Dionin bei gleicher Wirkung nach der allgemeinen Beobachtung sämmtlicher Autoren anscheinend eine Angewöhnung nicht stattfindet.

Bei Erkrankungen der Athmungsorgane liess K. Dionin fast ausschliesslich in Tropfenform (0,1 :20,0, davon etwa 20 Tr.) nehmen, als Analgeticum in Pulvern zu 0,02 pro Dosi. Auf Grund seiner Erfahrungen verwendet K. jetzt Dionin in zahlreichen Fällen seiner Praxis und besitzt in demselben ein Medicament, das er nur ungern entbehren würde. (Ibidem.)

— *Ein neues Antidiarrhoicum* von Dr. M. T. Schnirer. Versuche, die Verfasser seit 1¼ Jahren an 38 Fällen von acuter und chronischer Enteritis angestellt hat, führten zu dem Ergebnisse, dass wir im Thiocol eines der hervorragendsten Antidiarrhoica besitzen. Weniger beweisend für diese Wirkung des Thiocols sind die Fälle von acuter Enteritis, da diese Erkrankungsform bei entsprechender Schonung des Darmcanals auch spontan zurückgeht. Hingegen besitzen die Fälle von chronischer Enteritis, bei welcher es schwer fällt, viele Monate hindurch strenge diätetische und hygienische Regeln durchzuführen, eine höhere Beweiskraft. Die Behandlung dieser Fälle bestand ausschliesslich in der Verabreichung von Thiocol in Dosen von 0,5 dreimal täglich. In allen Fällen war nach ein- bis zwei-, selten erst nach dreitägiger Behandlung eine Abnahme der Frequenz der Dejectionen zu vermerken, der dann auch eine Eindickung der Dejecte folgte. Obgleich in keinem Falle ein Opiat verabreicht wurde, verschwanden in allen mit Thiocol behandelten Fällen die Schmerzen schon nach Einnahme weniger Thiocoldosen, eine Wirkung des in dem Präparate enthaltenen Guajacols, welchem anästhesirende Eigenschaften in nicht geringem Maasse zukommen. Einen besonderen Vorzug gegenüber den Tanninpräparaten erblickt Verfasser darin, dass das Thiocol, selbst einige Zeit nach dem Sistiren der Diarrhöe weiter verabreicht, nie Obstipation erzeugt. Das Thiocol hat nie irgend welche unangenehme

Nebenwirkungen, wie Uebelkeiten, Aufstossen, Erbrechen, Magendruck etc., hervorgerufen. In drei Fällen von Gastroenteritis infantum trat rasch Heilung ein. Verfasser hat folgende Lösung bei Säuglingen verwendet: Thiocol 0,50, Aq. destill. 50,0, Syr. cort. aurant. 10,0. S. zweistündlich ein Kaffeelöffel.

Was die Anwendungsweise des Thiocols als Antidiarrhoicum betrifft, so kann man das Pulver als solches oder in Lösung mit einem Geschmackscorrigens geben. Die zweckmässigste Form der Verabreichung bei Erwachsenen ist die in comprimirten Tabletten, die als solche in Dosen von je 0,5 im Handel vorkommen (Tabul. compr. Thiocoli Roche). (Aerztliche Rundschau.)

— In der Berliner Medicinischen Gesellschaft sprach Krönig über *Bettbäder*. Vortr. hat bereits seit 18 Jahren von der Benutzung der kalten Bäder beim Abdominaltyphus Abstand genommen, um seine Patienten nicht den damit verbundenen traumatischen und psychischen Insulten auszusetzen. Er beschränkt sich lediglich auf kalte Abwaschungen im Bett und hat damit während seiner jetzt 7jährigen Thätigkeit als leitender Arzt des Friedrichshain-Krankenhauses, wie die vorgezeigten Curven beweisen, sehr befriedigende Ergebnisse auch in antipyretischer Beziehung erreicht, was auch durch die günstige Mortalitätsziffer im Typhus bestätigt wird, weil eben jede Irritation dabei vermieden wird. Um nun auch die gleichen antipyretischen Effecte wie beim kalten Bade zu erzielen, ohne die Pat. aus dem Bett nehmen zu müssen, hat K. folgende Vorrichtung ersonnen: Er lässt das Gummilaken durch Verbreiterung und Verlängerung zu einer Gummiwanne umformen und die Bäder in Form von Giessbädern verabreichen. Pat. legt sich dabei auf die Seite, erst auf die eine, dann auf die andere; es wird das Gummilaken und ein Leinenstück unter den Rücken des Pat. gezogen, die beiden Seiten in die Höhe gehoben, die Enden an das Bett angeknüpft, und Patient liegt thatsächlich wie in einer Badewanne. Aus einer gewöhnlichen Giesskanne wird dann 27—28° R. warmes Wasser in Form von Begiessungen applicirt und innerhalb 10 Minuten bis auf 13—14° heruntergegangen. Die Irritation ist hierbei eine sehr geringe, die Erfrischung nach dem Bade erheblich; der antipyretische Effect beträgt 2, mitunter 2—3°, auch einmal etwas weniger; er ist jedenfalls derselbe wie bei den kalten Bädern. Die Entleerung erfolgt durch Erheben des Kopfes am Bettende; der Verbrauch des Wassers beträgt 10—20 Liter. Die Technik ist noch verbesserungsfähig und auch Gesunde werden sich die Wohlthat eines Bettbades verschaffen können. (Monatsschr. für pract. Wasserheilkunde, ref. in Deutsche Praxis, 1902, No. 3.)

Kleine Mittheilungen.

— Dr. Unna's *dermatologische Preisaufgabe für* 1902 lautet: Es soll eine genaue culturelle und microscopische Beschreibung des als Diclimacterius albus flavens (Typus Traubel) bekannten, bei feuchten

Eczemen häufig vorkommenden Coccus geliefert werden mit besonderer Berücksichtigung seiner culturellen und microscopischen Merkmale gegenüber denjenigen der eitererregenden und zur Sepsis führenden Staphylococcen.

Die Bewerbung ist unbeschränkt. Der Preis beträgt M. 300. Die Arbeit ist bis Anfang December 1902 bei der Verlagsbuchhandlung Leopold Voss in Hamburg, Hohe Bleichen 34, einzureichen. Sie ist mit einem Kennwort (Motto) zu versehen; das gleiche Kennwort ist auf der Hülle eines beizulegenden Briefes, welcher Namen und Adresse des Verfassers enthält, anzubringen. Die Herren Reg.- und Med.-Rath Dr. Abel-Berlin, Professor Dr. C. Fraenkel-Halle, Professor Dr. Migula-Karlsruhe haben es unternommen, die einlaufenden Arbeiten zu prüfen. Erläuternde Bemerkungen zu vorstehender Preisaufgabe finden sich in No. 8 des Bandes XXXIV. der Monatshefte für practische Dermatologie.

— Die Leitung des *Bades Kissingen* liegt nunmehr in den Händen des bekannten Orthopaeden Friedrich Hessing, Besitzer der orthopaedischen Anstalt zu Goeggingen bei Augsburg. Das Kissinger Curhaus ist gründlich renovirt und mit neuen Einrichtungen wie electrischer Beleuchtung, Dampfheizung, Aufzügen und Wintergarten versehen worden, so dass das Bad Kissingen nunmehr in jeder Beziehung auf gleicher Stufe mit den best renommirten Bädern Europas steht.

— Die bekannte Firma M. J. Breitenbach Company dahier sah sich abermals genöthigt, zur Wahrung ihrer Rechte den Schutz der Gerichte anzurufen. Es handelte sich dieses Mal um die Firma Henry Thayer & Company in Middlesex, Mass., welche die Originalverpackung von Gude's Pepto-Mangan benutzte, um ihr eigenes Präparat für das Gude'sche zu substituiren. Es gelang der Breitenbach Company auch vor der Superior Court in Middlesex eine Verurtheilung der Firma Thayer & Co. zu erzielen.

— *Verzogen*: Dr. Alexis V. Moschcowitz nach 925 Madison Avenue und Dr. F. L. Wachenheim nach 105 East 80. Strasse.

New Yorker

Medicinische Monatsschrift.

Officielles Organ der

Deutschen Medicinischen Gesellschaften der Städte New York, Chicago, Cleveland und San Francisco.

Redigirt von Dr. A. Ripperger.

Bd. XIV. New York, Mai 1902. No. 5.

Zur Atropinbehandlung des Ileus.*)

Von Dr. A. Ripperger.

Im Jahre 1899 empfahl Batsch [1]) und [2]) in einem im Aerztlichen Bezirksverein Grossenhain gehaltenen Vortrage warm die Behandlung des Ileus mit grossen Dosen Atropin. Ausgehend von der Ueberlegung, dass nach Murphy der dynamische Ileus (Schlange's) hervorgerufen sei durch Lähmung der motorischen Fasern des Splanchnicus — adynamische Form — oder durch die Thätigkeit der hemmenden Nervenfasern — dynamische Form — hatte er in einem sehr schweren Falle von dynamischem Ileus mit heftigem Singultus Atropin versucht, um durch Lähmung der hemmenden Splanchnicusfasern den Krampf der Darmmusculatur zu heben. Nach 2 subcutanen Injectionen von je 0,005 Atropin trat eine ungeheure Entleerung und in der Folge Heilung ein. Auch in anderen Fällen von schwerster Obstruction, so bei Ileus in Folge einer grossen eingeklemmten Scrotalhernie sah Batsch Genesung durch Atropininjectionen eintreten. Wie Batsch ferner mittheilt, hat schon 1788 der Generalchirurgus Theden Belladonna gegen Ileus gegeben und dabei die Maximaldosis um das Sechsfache pro dosi und das Vierfache pro die überschritten. Batsch hofft, dass die grossen Atropindosen nicht auch wieder in Vergessenheit gerathen, wie Theden's grosse Belladonnadosen.

Bemerkenswerth war also an dem Vortrage Batsch's einmal die Empfehlung des Atropins an und für sich bei der Ileusbehandlung, andererseits die Anwendung desselben in Dosen, die

* Vortrag, gehalten in der Deutschen Medicinischen Gesellschaft der Stadt New York am 2. Juni 1902.

die Maximaldois der deutschen Pharmacopoe um das Vielfache überschreiten und vor deren Anwendung sonst jeder Practiker sich gescheut hätte. Die erste Publication über die Batsch'sche Atropinbehandlung des Ileus erschien am 7. November 1899 in der Münchener Medicinischen Wochenschrift und fand sofort weitgehende Beachtung, wie die alsbald und zahlreich erschienenen Publicationen von Seiten der Nachahmer der Methode beweisen. Besonders in der Münchener Medicinischen Wochenschrift ist seitdem man könnte fast sagen eine ständige Rubrik über diesen Gegenstand entstanden. Und man muss bei Durchsicht der berichteten Fälle unumwunden gestehen, dass dieselben durchwegs einen bestechenden Eindruck machen, da sie der grossen Mehrzahl nach günstig verlaufen sind. Von 40 mit Atropin behandelten Ileusfällen, die ich in der Literatur verzeichnet fand, sind 34 in Genesung übergegangen und nur 6 letal geendet, was gewiss ein sehr beachtenswerthes Resultat ist, vorausgesetzt, dass es sich in jedem einzelnen Falle auch wirklich um Ileus gehandelt hatte, ein Punkt, auf welchen ich später noch zurückkommen werde. Andererseits darf man sicherlich der Anschauung Bofinger's[3]) beistimmen, dass es wohl ausser Zweifel ist, dass das Atropin bei der Unwirksamkeit der bisherigen inneren Therapie bei Ileus noch viel öfter angewendet wurde und dass, wenn alle Fälle ohne Ausnahme veröffentlicht wären, der Procentsatz der Heilungen ein wesentlich niedriger sein dürfte. Mit anderen Worten: Die Misserfolge werden nicht in gleichem Maasse publicirt wie die günstigen Erfolge.

Eine objective Beurtheilung der mit Atropin erzielten günstigen Resultate bei Ileus stösst auf ganz bedeutende Schwierigkeiten. Einmal sind in einigen Fällen die mitgetheilten Krankengeschichten so dürftiger Natur, dass man sich nur sehr schwer eine Vorstellung über die Sachlage des berichteten Falles machen kann und sich blindlings auf die Angabe des betreffenden Autors, dass Ileus vorhanden war, verlassen muss, andererseits lassen andere Berichte wieder wohl begründete Zweifel aufsteigen, ob die Diagnose Ileus eine vollauf berechtigte war. Zur Illustrirung Dieses möchte ich Ihnen gleich hier eine Beobachtung aus meiner Praxis mittheilen:

Ich wurde vor ca. einem Jahre zu einem Patienten gerufen, der seit 8 Tagen an Schmerzen, Stuhlverhaltung und Brechneigung erkrankt war. Der Leib war hart und stark eingezogen.

Es war von einem Collegen die Diagnose Darmverschluss gemacht und dem Patienten in Aussicht gestellt worden, dass, falls er bis zum nächsten Morgen keinen Stuhlgang gehabt habe, ihn nur eine Operation noch retten könne. Der Patient war Anstreicher und zeigte einen ausgesprochenen Bleisaum. Ich stellte die Diagnose auf Bleikolik und machte Abends und am folgenden Morgen eine Atropininjection zu je 1/50 Gran, worauf sich Stuhl einstellte und die Schmerzen schwanden.

Hätte ich ebenfalls die unrichtige Diagnose Ileus gemacht und im Sinne von B a t s c h Atropin injicirt, so wäre eben die Casuistik der mit Atropin geheilten Ileusfälle um einen weiteren Fall vermehrt worden.

Eine weitere Schwierigkeit hinsichtlich der Beurtheilung der mitgetheilten Fälle endlich liegt darin, dass die Mehrzahl der Berichterstatter einfach von Ileus spricht ohne jegliche Rücksicht auf die specielle Ursache, die der Störung der Darmpassage zu Grunde lag. Nur in einer geringen Anzahl der Fälle findet sich eine genauere Beobachtung und wohl begründete Diagnose.

Das Wort Ileus ist eigentlich ein Collectivbegriff und bedeutet jede Form von vollständiger Aufhebung der Weiterbeförderung des Darminhaltes, sowie den daraus sich entwickelnden symptomatischen Complex, Kotherbrechen, Tympanie, Verhalten von Stuhl und Winden. N o t h n a g e l wollte die Bezeichnung Ileus als zu ungenau und unklar gänzlich gestrichen wissen und durch präcisere Ausdrücke ersetzt haben. Ich habe hier keine Veranlassung, näher auf die verschiedenen Arten des Ileus, sowie auf das Zustandekommen derselben einzugehen, es genügt für die Beurtheilung der Atropinwirkung, darauf hinzuweisen, dass die Fälle von Störung der Darmpassage in zwei principiell von einander verschiedene Hauptgruppen getrennt werden müssen, 1) in solche ohne anatomisches Hinderniss, sog. *dynamischer* oder *paralytischer Ileus*, 2) in solche, die durch ein organisches Hinderniss hervorgerufen werden, sog. *mechanischer Ileus*. Für die letzte Gruppe nun ist sowohl für Prognose wie Therapie von ungeheurer Wichtigkeit, ob eine einfache Verschliessung des Darmlumens vorliegt, *Obturationsileus*, oder ob gleichzeitig der Darm an der Stelle des Hindernisses durch eine Störung der Circulation geschädigt ist, *Strangulationsileus*. Letzteres geschieht gewöhnlich in der Weise, dass ein Stück Darm mit seinem Mesenterium abgeklemmt wird, während die Ursache für den dynamischen oder paralytischen Ileus in einer Lähmung des Darmes zu

suchen ist. Von dem Standpunkt der scharfen Trennung in einen dynamischen und mechanischen Ileus aus ist auch die Atropinbehandlung zu betrachten, da schon die einfache Ueberlegung uns sagen muss, dass von einer Wirkung des Atropins auf einen abgeklemmten Darm so gut wie Nichts zu erwarten ist, während die Fälle von dynamischem Ileus von jeher zum Theil einer inneren Behandlung zugängig waren.

Fragen wir uns nun, auf welche Weise die Darmwirkung des Atropins resp. der Belladonna zu Stande kommt, müssen wir leider eingestehen, dass hierin die Autoren vorläufig noch nicht einig sind. Wie wir aus der interessanten Arbeit von Schulz[4]) „Geschichtliches zur Behandlung des Darmverschlusses mit Belladonnapräparaten" erfahren, wurde Belladonna schon seit Langem in Fällen von Darmverschluss, insbesondere bei incarcerirten Hernien angewandt, und zwar war man meist der Anschauung, die Belladonna besitze eine lähmende Wirkung auf die „krampfhafte Einklemmung der Gedärme, oder man erwartete von ihr, wie Pereira in seinem „Handbuch der Heilmittellehre" eine „Erschlaffung der Bauchmuskeln" bei eingeklemmten Brüchen. Andere nahmen allerdings auch wieder an, dass Belladonna die Peristaltik anrege. So heisst es bei Köhler[5]): „Bei der erregenden Wirkung schon kleiner Gaben auf den Sympathicus begreift man die bisweilen ausgezeichnete günstige Wirkung der von Bretonneau und nach ihm von Trousseau dringend empfohlenen Belladonna oder des Atropins; theoretisch passt sie bei der vorliegenden Form der Verstopfung (es ist von hartnäckiger Obstructio alvi die Rede), empirische Regeln fehlen." Auch in der Neuzeit haben sich die Widersprüche in der Anschauung über die Darmwirkung des Atropins noch nicht geklärt. Nach Liebreich und Langgard[6]) wird durch Atropin die Darmperistaltik geschwächt oder ganz aufgehoben durch Lähmung der Darmganglien; die peripherischen Endungen der motorischen und sensiblen Nerven werden in ihrer Erregbarkeit herabgesetzt, bei grossen Dosen vollkommen gelähmt. Landois[7]) rechnet die Belladonna zu den Mitteln, welche die Erregbarkeit des Plexus myentericus herabsetzen, also die die Peristaltik vermindern, selbst bis zum Darmstillstand. Dagegen finden wir bei Cloetta-Filehne[8]), dass grössere Dosen von Atropin nicht nur die Endigungen des Vagus lähmen, sondern auch die Splanchnicushemmung beseitigen, in Folge wovon

verstärkte Peristaltik auftritt, daher denn auch Atropin dort stuhlbefördernd wirken kann, wo bei einem Patienten etwa abnorm starke Hemmung der Peristaltik vorliegt. Wie Rumpel[9]) in einer Sitzung des Aerztlichen Vereins in Hamburg auseinandersetzte, scheint die Wirkung des Atropins auf den Darm auf zwei Eigenschaften hauptsächlich zu beruhen: Atropin lähmt einmal die glatte Musculatur und zweitens wird die Secretion des Darmes gemindert, beides nach Rumpel Momente, die beim acuten Darmverschluss äusserst wünschenswerth sind. Dietrich[10]) versucht theoretisch die Darmwirkung des Atropins dadurch zu erklären, dass Atropin, welches bekanntlich vorzugsweise lähmend auf die peripheren Nerven verschiedener Apparate und namentlich auf die glatten Muskelfasern oder deren Nervenendigungen in einzelnen Organen wirkt, hier auf die glatten Muskelfasern des Darmes in einer die Wiederherstellung normaler Verhältnisse begünstigenden Weise einwirkt. Wie er sich jedoch die günstige Beeinflussung vorstellt, giebt Dietrich nicht näher an. Auch nach Husemann[11]) ist bei der Wirkung des Atropins auf den Darm, dessen Bewegungen durch Atropin völlig aufgehoben werden können, Lähmung glatter Muskelfasern mit im Spiele, da bei Thieren, bei denen die glatten Fasern bestimmter Darmpartien durch quergestreifte Muskelfasern ersetzt sind, die fragliche Atropinwirkung ausbleibt. Rumpel hat ferner Mittheilungen über das Ergebniss einiger Thierexperimente gemacht, von denen besonders ein Versuch an Hunden die Atropinwirkung gut demonstrirt: Bei zwei Hunden wurde per laparotomiam eine Dünndarmschlinge derart unterbunden, dass eine Kothpassage kaum anzunehmen war. Das mit Atropin behandelte Thier erkrankte nur leicht, während das unbehandelte sich erbrach und schliesslich starb. Beim letzteren fand sich das Darmrohr viel stärker contrahirt, die Blutgefässe stärker injicirt, als beim Atropinhunde. Interessante Thierexperimente nach dieser Richtung hin hat ferner auch Traversa[12]) angestellt. Kleinere Atropingaben, die zur Lähmung der Herzvagi schon völlig genügen, ändern die Darmperistaltik so gut wie gar nicht. Erst nach 0,006 bis 0,015 lassen Frequenz und Stärke der Darmbewegungen nach, während zur völligen Unterdrückung 0,02—0,05 Atropinsulfat bei Hunden erforderlich sind. Atropin beseitigt die übermässige Peristaltik nach Pilocarpin zuverlässig, während andererseits noch so grosse Gaben Pilocarpin den durch Atropin in absolute

Ruhe versetzten Darm nicht mehr zu Bewegungen veranlassen können. Die auf Berührung der äusseren Darmoberfläche mit einem Kochsalzcrystall auftretende antiperistaltische Contractionswelle wird durch Atropin ebenfalls auf einen streng localen Bezirk, die gereizte Musculatur der Berührungsstelle eingeengt. Am ausgeschnittenen, künstlich durchbluteten Darme erweiterte Atropin, dem Durchströmungsblute zu 0,01—0,03% zugesetzt, die Darmgefässe und lähmte die Darmbewegungen. Traversa empfiehlt die klinische Anwendung des Atropins bei solchen Arten von Verstopfung, wo, wie bei der Bleikolik, schmerzhafte spastische Contractionen der Darmmusculatur zu Grunde liegen. Nach Traversa ist dagegen das Atropin dann contraindicirt, wenn die Verstopfung auf Atonie der Darmmusculatur beruht.

Gehen wir nun zur kritischen Betrachtung der mit Atropin behandelten Ileusfälle über. Hier müssen wir bei jedem einzelnen Falle die folgenden Fragen erörtern:

1. Hat es sich in dem Falle überhaupt um Ileus gehandelt?
2. Wenn so, welcher Art war der Ileus?
3. Hat das Atropin eine günstige Wirkung ausgeübt und welche?
4. Hat das Atropin schädliche Wirkungen ausgeübt und welche?

I. *Fälle von dynamischem oder paralytischem Ileus.*

1. Batsch[1]): Es handelte sich nach der Angabe des Autors um einen sehr schweren Fall von dynamischem Ileus mit heftigem Singultus, bei welchem nach 2 subcutanen Injectionen von je 0,005 Atropin eine ungeheure Entleerung und damit Heilung eintrat.

Näheres über diesen Fall ist nicht mitgetheilt, man muss daher die von Batsch angegebene Diagnose als richtig annehmen. Der Erfolg der Atropinbehandlung war hier ein guter, von üblen Nebenwirkungen ist nichts erwähnt.

2. Batsch[13]): Bei einer 28jährigen Frau traten zwei Tage nach einer schweren Entbindung (Perforation und lang dauernde, schwere Extraction), Erbrechen, Meteorismus und Stuhlverhaltung auf. Am nächsten und übernächsten Tage Steigerung der Symptome, keine Flatus. Erbrechen von gelblich dünnen Massen. Einspritzung von 0,002 Atropin blieb zunächst wirkungslos. Abends Injection von 0,005 Atropin. Der Leib wird weich, viele Flatus gehen ab und das Erbrechen hört auf. Am nächsten Morgen abermals Injection von 0,005 Atropin, worauf Mittags massiger Stuhlgang erfolgt. An dem Vormittag dieses Tages und während der der vorhergegangenen Nacht leichte Delirien. Genesung.

In diesem Falle handelte es sich offenbar um einen paralytischen Ileus im Anschluss an die schwere Entbindung. Die erste kleine Atropindosis war ohne Erfolg, die günstige Wirkung trat erst mit den beiden nachfolgenden grossen Dosen ein. Von üblen Nebenwirkungen werden nur leichte Delirien berichtet.

3. Marcinowski[14]): 32jährige kräftige und bisher gesunde Frau erkrankte plötzlich mit heftigen Schmerzen in der rechten Seite des Unterleibes, wozu sich in der Nacht Erbrechen gesellte. Collaps. M. fand das Abdomen sehr aufgetrieben, sehr schmerzhaft, namentlich in der rechten Seite. Die Percussion ergab an einigen Stellen sehr hohen Ton, von stark geblähten Darmschlingen herrührend. Lebhafte Peristaltik, Ructus, Fehlen von Stuhlgang und Flatus. Ordination: Tinct. Opii, Eispillen, Eisblase auf die rechte Seite des Abdomens. Vorübergehende Besserung. Am nächsten Tage liess sich durch Percussion in der rechten Seite, in der Gegend des Ueberganges vom Colon ascendens zum transversum ein etwa faustgrosses Exsudat nachweisen, das sich bis zur Mittellinie erstreckte. Am darauffolgenden Tage Persistaltik infolge des Opiums etwas ruhiger, dagegen dauert das Erbrechen an und ist nunmehr übelriechend. Am Abend Injection von 0,005 Atropin. Im Verlaufe der nächsten Stunden beruhigte sich das Bild zusehends. Erbrechen trat überhaupt nicht mehr auf, der Schmerz zog sich etwas nach der linken Seite herüber, der Leib wurde weicher und nach Ablauf von 6 Stunden erschien breiiger Stuhlgang und Flatus. Von da ab täglich zweimal Stuhlgang, das Abdomen bis auf die Gegend des Exsudates weich. Das Exsudat bestand noch längere Zeit fort. Heilung.

Es handelte sich hier höchst wahrscheinlich um einen Fall von paralytischem Ileus bedingt durch locale Peritonitis. Opiumbehandlung war erfolglos, dagegen bewirkte eine einmalige Injection von 0,005 Atropin Stuhlgang und Flatus und stillte das Erbrechen. Ueber Vergiftungssymptome wird nichts berichtet.

4. Lüttgen[15]): 65jährige anaemische Frau litt seit vier Jahren wiederholt an Kothstauungen. Am 31. October Stuhlverstopfung und Erbrechen. Stark aufgetriebener Leib, der überall tympanitischen Percussionsschall ergiebt. Rechts irreponible Schenkelhernie, die seit Jahren bestand und keine anderen Erscheinungen bot, wie in den Jahren zuvor. Morphium, dann 6 Esslöffel voll Ol. Ricini und alle zwei Stunden ein Clysma. Da trotz aller dieser Maassnahmen kein Stuhlgang und keine Flatus erfolgten, Resinae Jalapae 0,3 in zwei Theilen zu nehmen. Kothbrechen. Auf Opiumsuppositorien sistirten Schmerz und Erbrechen. Am nächsten Tage Herniotomie. Bei derselben fand sich eine entzündete Darmschlinge durch einen Netzstrang com-

primirt. Am Tage darauf jedoch abermals Kothbrechen, kein Stuhl und keine Flatus. Am 6. November Mittags Injection von 0,005 Atropin in die Bauchhaut. Eine Viertelstunde nach der Einspritzung bereits starke Vergiftungserscheinungen, die äusserst stürmisch einsetzten und bis gegen 12 Uhr Nachts anhielten. Um diese Zeit entleerte Patientin unter Abgang vieler Gase etwa faustgross weissen, äusserst zähen Koth, worauf sie sich erleichtert fühlte. Am nächsten Tage abermals Kotherbrechen, das auch die nächsten Tage anhielt. Eine neuerliche Atropininjection wurde von den Angehörigen verweigert und am 11. November trat Exitus ein.

In diesem Fall hatte es sich wohl zunächst um eine eingeklemmte Schenkelhernie gehandelt, die dann auch noch rechtzeitig operirt wurde, wenigstens finden sich keine Angaben über eine etwaige Darmschädigung. Dass trotzdem am nächsten Tage wiederum Stuhlverhaltung und Kothbrechen eintrat, war wohl durch einen dynamischen Ileus bedingt, als welchen ihn auch L. selbst auffasst. 0,005 Atropin brachten vorübergehende Besserung, Abgang von Stuhl und Flatus. L. ist der Ansicht, dass eine Wiederholung der Atropininjection hier sicher Hülfe gebracht hätte. In diesem Falle traten nach Injection von 0,005 Atropin stürmische Vergiftungserscheinungen auf, von welchen sich jedoch Patientin im Laufe von 12 Stunden wieder erholte.

5. Simon[16]): 29jährige Frau erkrankte 8 Tage nach ihrer Entbindung infolge zurückgebliebener Eihautreste an Peritonitis. Leib stark aufgetrieben, sehr schmerzhaft, weder Stuhl noch Gase, Erbrechen grünlich gefärbter Massen, Fieber. Therapie: Opium, Eisbeutel und Vaginalspülungen. Nur das Fieber ging zurück, die übrigen Symptome nahmen zu. Am folgenden Tage Injection von 0,001 Atropin. Daraufhin ruhige Nacht und nur zweimaliges Erbrechen. Am nächsten Tag Zustand derselbe. Kein Fieber, das Erbrechen hält an, Stuhlgang und Winde fehlen, der Leib stark aufgetrieben. Drei Atropininjectionen zu je 0,001. Leichte Vergiftungserscheinungen. Am darauffolgenden Tage Nachmittags Injection von 0,002 Atropin. und Abends im Anschluss an eine Magenspülung nochmals 0,002 Atropin. Nach zwei Stunden Delirien, welche etwa 1 Stunden anhalten, dann tiefe Bewusstlosigkeit, welche bis Morgens 2 Uhr dauert, unterdessen noch immer Erbrechen. Um 2 Uhr Morgens zum ersten Male Stuhlgang und Winde, zuerst in geringer Menge, dann im Laufe des Tages reichlicher. Auch das Erbrechen verliert sich. Vollständige Heilung nach zwei Monaten.

Es handelte sich also in diesem Falle um einen im Anschluss an puerperale Infection entstandenen paralytischen Ileus, bei wel-

chem eine kleine Dosis Atropin zunächst wirkungslos blieb, bei zweimaliger stärkerer Wiederholung aber von Erfolg begleitet war. Div Atropinwirkung schien in diesem Falle besonders eclatant zu sein. Es zeigten sich zuerst leichtere, dann aber schwerere Vergiftunssymptome.

6. Hämig[17]): Bei einem 59jährigen Patienten stellte sich 6 Tage nach einer extraperitonealen Nephrectomie Ileus ein. Collaps, faeculentes Erbrechen, Stuhlverhaltung. Bei dem Kräftezustand des Patienten konnte eine Laparotomie nicht in Frage kommen, daher Behandlung mit Magenspülung, Morphium und Campher. Am darauffolgenden Tage als ultimum refugium Injection von 0,003 Atropin. Anderthalb Stunden darnach hochgradige Intoxicationserscheinungen. Am nächsten Morgen Injection von 1,0 Campheröl und 0,015 Morphium. Um 7 Uhr Morgens nochmals Erbrechen, jedoch nicht faeculent. Um 9 Uhr Injection von Kochsalzlösung. Gegen 11 Uhr gehen einige Flatus ab, und Abends erfolgen auf Oelclystier mehrere diarrhoische Stühle. Am nächsten Tage war der Patient gerettet.

Hier hatte es sicher um einen dynamischen Ileus im Anschluss an die Operation gehandelt. Die Injection von 0,003 Atropin scheint in dem Falle günstig gewirkt zu haben, wenn auch schwere Vergiftungserscheinungen auftraten.

7. Aronheim[18]): 51jähriger Mann erkrankte mit heftigen Schmerzen in der linken Regio iliaca, wozu sich Erbrechen und Stuhlverhaltung gesellten. Morphium und Clystiere wirkungslos. Auch keine Flatus. Hierauf Injection von 0,003 Atropin. Eine Stunde nach der Injection Abnahme der Schmerzen. Klagen über Trockenheit im Schlunde, Vergrösserung der rechten Pupille ad maximum. Subjectives Befinden offenbar besser. Nachmittags spontane Entleerung einer ungeheuren Menge festweichen Kothes. Genesung.

Es hatte sich hier augenscheinlich um paralytischen Ileus gehandelt, verursacht durch Kothansammlung. Atropin brachte prompte Besserung. Mässige Intoxicationserscheinungen.

II. *Fälle von Obturationsileus.*

8. Reuss[19]): Kräftiger, 19jähriger Knecht. Nach unmässigem Genuss noch warmen Kuchens 4 Tage kein Stuhlgang, am 5. Tage Kothbrechen. Hohe Einläufe und zweimal Calomel 0,5 Extr. Bellad. 0,03 ohne Erfolg. Am 6. Tage bei immer stärkerem Kothbrechen Vormittags Injection von 0,001 Atropin. Daraufhin Nachlass des Erbrechens, aber keine Flatus und kein Stuhlgang. Am selben Tage Nachmittags noch 0,002 Atropin. Nachts wieder heftiges Kothbrechen. Am nächsten Tage Atropininjection mit 0,003. Darauf Nachlass des Erbrechens und

Nachmittags Abgehen der ersten Flatus. Am 8. Tage Stuhlgang. Delirien traten nach den Atropininjectionen in nennenswerther Weise nicht ein. Nur nach der 2. Injection phantasirte Patient einige Minuten.

Hier scheint es sich um schwere Kothobturation gehandelt zu haben. Das Atropin wirkte erst in der dritten, grösseren Dosis. Nur geringe Vergiftungssymptome.

9. Holz[20]): 42jähriger Potator, seit Jahren schon herz-, magen- und leberleidend, erkrankte im Anschluss an einen Diätfehler an magenkrampfähnlichen Erscheinungen. Morphiuminjection und dreimal täglich je 20 Tropfen Opiumtinctur. Im Laufe des Tages Erscheinungen von Ileus. Dann Morphiuminjection, Clystier mit Camillenthee, jedoch ohne Erfolg. Operation wird von dem zugezogenen Chirurgen mit Rücksicht auf den zu grossen Luftmangel und den Herzfehler abgelehnt. Auf Clystier erfolgten dann Flatus aber kein Stuhlgang. Abends Injection von 0,001 Atropin. Nachts heftiges Rumoren im Leibe, am Tage massenhaftes Abgehen von Flatus, und am nächsten Vormittag erfolgte sogleich nach einem Warmwasserclystier der erste Stuhlgang. Heilung.

Dieser Fall war allem Anschein nach ein solcher von schwerer Coprostase. Operation wurde von dem zugezogenen Chirurgen verweigert, das Atropin wirkte prompt in der erlaubten Maximaldosis. Keine Intoxicationserscheinungen.

10. Adam[21]): 67jähriger Bauer mit Herz- und Gefässsclerose erkrankte mit Leibschmerzen, Verstopfung, Appetitmangel, Brechreiz, Schlaflosigkeit. Abführmittel, warme Umschläge etc. waren ohne Erfolg angewandt worden. Am 14. Februar Uebelkeit, Aufstossen, Schlucken, Brennen im Leibe, hartnäckige Stuhlverstopfung, grosse Hinfälligkeit. Hernienincarceration konnte A. bestimmt ausschliessen. Nach 4 Tagen vollständig entwickelter Ileus. Am 6. Krankheitstage Injection von 0,003 Atropin und innerlich Olivenöl. Daraufhin kein Erbrechen, kein Singultus, mehr Ruhe und besserer Puls. Am nächsten Morgen fand A. seinen Patienten mit grosser Pupillenweite, Trockenheit im Munde und Hals, bedeutender Unruhe, besonders in den Beinen, doch hatte sich das Erbrechen nicht mehr eingestellt. Noch kein Stuhl, aber schwache Flatus und Darmbewegungen wahrnehmbar. Nunmehr innerlich Olivenöl, ferner ein Clystier mit Ricinusöl. Abends stellten sich leichte, wiederholte Stuhlgänge zuerst fester, dann dünner, mit Oel gemischter Kothmassen ein, die innerhalb zweier Tage so profus wurden, dass wieder Opium nöthig wurde. Heilung.

A. bezeichnet diesen Fall als schweren Obturationsileus. Wenn auch die von ihm mitgetheilte Krankengeschichte diese

Diagnose nicht so ganz klar ersehen lässt, so ist doch kein Grund vorhanden, an derselben zu zweifeln. Sicher hatte es sich hier um Ileus gehandelt. Hier wirkte eine einmalige Injection von 0,003 Atropin günstig, allerdings in Verbindung mit Olivenöl. Leichte Intoxicationserscheinungen.

11. Polack[22]): 68jährige Frau litt seit 5 Jahren an mässiger Stuhlverhaltung. Seit zwei Tagen kein Stuhl, keine Gase. Zwei Tage später Erbrechen faeculenter Massen. Ileus infolge ausgesprochenen Darmverschlusses. Da wegen der Schwäche der Patientin an Operation nicht zu denken war, am 6. Krankheitstage Injection von 0,002 Atropin. Seither kein Erbrechen mehr. Nachmittags abermals Atropininjection. Am nächsten Morgen entleert sich beim Einführen des Darmrohres Gas und gelbflüssiger Stuhl, an der Spitze des Darmrohres haftet etwas breiiger Koth. Flüssige Nahrung nunmehr vertragen. Atropin 0,002. In der kommenden Nacht Aufregungssymtome, dann kein Atropin mehr. Am darauffolgenden Nachmittag spontan breiiger Stuhl. Genesung.

Es hatte sich hier wohl um einen Fall von Obturationsileus gehandelt. Die günstige Wirkung des Atropins war augenscheinlich. Nur leichte Vergiftungserscheinungen.

12. Gebele[23]): 72jährige Frau leidet schon seit Jahren an Obstipation. Am 30. Juni erkrankte sie plötzlich unter diffusen Schmerzen im Leib, vollständiger Gas- und Stuhlverhaltung und Erbrechen galliger Massen, welch letzteres noch am Abend faeculent wird. Diese stürmischen Erscheinungen hielten bis zum 4. Juli an, so dass an einen operativen Eingriff gedacht wurde. Patientin bekam jedoch als ultimum refugium zuvor dreimal eine Injection von je 0,001 Atropin. Zustand besserte sich, Pat. erbrach kaum mehr und konnte sich zeitweilig sogar ausser Bett aufhalten. Allerdings noch kein Stuhlgang. Am 7. Juli abermals heftige Ileuserscheinungen, Verweisung der Patientin in die chirurgische Klinik. Hier wird die Diagnose auf Obturationsileus, wahrscheinlich Dickdarmtumor gestellt. Anlegung einer Kothfistel, bei welcher ein wallnussgrosser Kothstein als Ursache der Darmstörung erkannt und entfernt wird. Am Abend nach der Operation Exitus letalis infolge Erschöpfung.

Es handelte sich also um einen Fall von Obturationsileus, bei welchem Atropin sich als wirkungslos erwies. Dasselbe übte hier sogar einen schädigenden Einfluss aus, indem es eine drei Tage anhaltende scheinbare Besserung verursachte, wodurch die vorher schon in Erwägung gezogene Operation hinausgeschoben wurde, bis sich bereits Darmgangraen und Peritonitis eingestellt hatten. Ueber Intoxicationserscheinungen wird nichts mitgetheilt.

13. Pritchard[24]): 62jähriger Bauer erkrankte an schwerem Ileus. P. injicirte um 5 Uhr Nachmittags 1/50 Gran Atropinsulfat und gab zugleich ein Clystier. Als er den Pat. nach 3 Stunden wieder sah, war derselbe ruhiger, hatte nicht mehr erbrochen und der Allgemeinszustand war besser. Nunmehr Injection von 1/100 Gran Atropin, zugleich aber auch nach dem Vorgange Adam's innerlich Olivenöl. Am nächsten Morgen mehrere dünnflüssige und stinkende Stühle, und in einem derselben wurde ein 1 Zoll langer und 3/4 Zoll breiter hellbräunlicher Gallenstein gefunden. Heilung.

Hier hatte es sich zweifelsohne um Darmobturation durch einen Gallenstein gehandelt. Atropin in Verbindung mit Olivenöl hatte einen günstigen Erfolg. Die Dosis war verhältnissmässig klein, daher auch keine Vergiftungserscheinungen.

III. *Fälle von Strangulationsileus.*

14. Batsch[25]): 45jährige Frau erkrankte mit starken Beschwerden, die von Obstipation herrührten. Erscheinungen von Ileus. Injection von 0.005 Atropin, ebenso am nächsten Morgen. Die gleiche Dosis wird auch am Abend wieder injicirt, worauf Nachts etwas Ruhe eintrat, am anderen Morgen jedoch Kothbrechen. Laparotomie. Ein 30 cm langes Darmstück war durch einen etwa 3 cm breiten parametrischen Strang abgeklemmt. Heilung.

Hier handelte es sich also sicher um einen Fall von Strangulationsileus, bei welchem die Atropinbehandlung ohne Wirkung blieb. B. meint zwar, dieselbe habe das Gute gehabt, dass sie verhindert hat, dass das incarcerirte Darmstück gangraenös geworden ist. Von Intoxicationserscheinungen wird nichts erwähnt trotz der grossen Dosen von Atropin, die angewandt wurden.

15. Marcinowski[14]): 62jähriger Arbeiter erkrankte an incarcerirter Hernie, kein Stuhlgang, keine Flatus. Die Hernie wird reponirt, trotzdem Fortbestehen der Erscheinungen und Kothbrechen. Die üblichen Mittel ohne Erfolg. Abends Injection von 0.005 Atropin, darauf ruhige Nacht. Leib wird weich und es tritt mehrmals Stuhlgang ein.

Es hatte sich also hier um eine incarcerirte Hernie gehandelt, die nach ihrer Reposition Ileuserscheinungen hervorrief. Man könnte an eine Reposition en bloc denken, allein es ist wahrscheinlicher, dass der strangulirte Darmabschnitt nach der Reposition paralytisch wurde. Die Atropinwirkung war augenscheinlich. Irgend welche bedrohliche Intoxicationserscheinungen wurden nicht beobachtet.

16. Höchtlen[26]): 71jährige Frau wurde wegen Erbrechen und Schmerzen im Leib in das Krankenhaus aufgenommen. Patientin hatte früher Blinddarmentzündung, Bauchfell- und Darmentzündung durchgemacht und litt schon seit längerer Zeit an trägem Stuhlgang. Erscheinungen von Ileus traten auf. Ol. Ricini und Einläufe ohne besonderen Erfolg. Am 19. Februar 0,003 Atropin. Im Anschluss hieran starke Intoxicationserscheinungen, keine Besserung der Ileussymptome. Von weiteren Atropininjectionen wurde Abstand genommen und durch zweistündliche Dosen von 0,3 Calomel Stuhl zu erzielen versucht, später Morphium. Am 23. Februar Exitus letalis. Die Section ergab, dass das Haupthinderniss für die Darmpassage an der Umbiegungsstelle des Colon ascendens in das Colon transversum lag, und zwar waren an dieser Stelle Darm und Netz sehr stark durch alte Adhäsionen unter sich und mit der Umgebung verwachsen. Eine zweite mehrfache Verwachsung zeigte das Colon transversum an der Uebergangsstelle zum Colon descendens.

Dass es sich in diesem Falle um einen Strangulationsileus handelte, ist zweifellos, ebenso dass nur eine Operation hätte Hülfe bringen knnen. Heftige Intoxicationserscheinungen.

17. Bofinger[3]): 52jähriger Mann erkrankt an heftigen Leibschmerzen, Aufstossen, Erbrechen; kein Stuhl und keine Winde. Die übliche Behandlung mit Einläufen etc. ohne Erfolg. Am 3. Tage in der Frühe Injection von 0.004 Atropin, nach 3 Stunden die gleiche Dosis. Abends eine 3. Dosis von 0,002. Nachts 1 Uhr Exitus letalis. Die Section ergab typischen Volvulus im untersten Theil des Ileum. Ausserdem ringförmiges Carcinom am Pylorus.

Hier handelte es sich also um Volvulus, bei welchem Atropin wirkungslos war. Intoxicationserscheinungen werden keine erwähnt.

18. Bofinger[3]): 56jährige Frau erkrankte mit Kolik und Stuhlverhaltung. Irreponible, druckempfindliche Hernie in der rechten Inguinalgegend. Mässiger Meteorismus. Flatus sollen zeitweise abgegangen sein. Einläufe ohne Erfolg. Ein am anderen Tage applicirtes Clystier beförderte reichlichen dünnflüssigen Koth mit einigen härteren Kothballen vermischt nach aussen. Dann Singultus. Nachmittags Injection von 0,002 Atropin, nach zwei Stunden eine weitere Dosis von 0,003. Nach der zweiten Dosis sehr heftige Vergiftungserscheinungen. Eine Wirkung des Atropins auf die Darmfunction dagegen war ausgeblieben. Am nächsten Tage Herniotomie. Gangraenöses Darmstück, das wegen der Wahrscheinlichkeit einer beginnenden allgemeinen Peritonitis ausserhalb der Bauchhöhle gelagert wird. Am nächsten Tag trat der Tod der Patientin ein, und zwar veranlasst dadurch, dass sie in der Nacht nach der Operation im

Atropinrausch das Bett verliess, wodurch sich der Verband lockerte und ein über meterlanges Stück Dünndarm prolabirte.

Es handelte sich hier also um eine incarcerirte Hernie. Das Atropin war nicht nur wirkungslos und hatte äusserst heftige Intoxicationserscheinungen im Gefolge, sondern bewirkte auch indirect die Verschiebung der vielleicht lebensrettenden Operation und weiterhin den tödtlichen Darmprolaps.

IV. *Fälle, die von den Autoren als Ileus angeführt werden und aus deren Krankengeschichte eine specielle Diagnose nicht zu stellen ist.*

Diese Fälle sollen hier nur ganz cursorisch erwähnt werden. Genaueres Anführen der speciellen Daten aus den betr. Krankengeschichten würde für den vorliegenden Zweck auch ziemlich belanglos sein, da sich, wie schon oben erwähnt, doch keine besonderen Anhaltspunkte für eine specielle Diagnose daraus entnehmen lassen würden.

19. Gebser[27]): Schwerer Ileusfall. Auf Einspritzung von 0,0025 Atropin Erleichterung, kein Stuhl. Am anderen Morgen 0,003 Atropin, reichliche Blähungen, Stuhl nach Clysma. Nachmittags nochmals 0,003 Atropin, sehr reichliche Entleerung und Heilung.

20. Festner[28]): Fall von „wahrscheinlicher Invagination." Vier Tage lang Stuhlverhaltung, Erbrechen und heftige Schmerzen. Auf Injection von 0,003 Atropin trat Ruhe ein, bald darauf gingen Flatus und breiiger Stuhl ab.

21. Scheumann[29]): Ileus, wahrscheinlich schwere Coprostase. Clystiere und Morphium ohne Erfolg. Auf zweimalige Injection von je 0,001 Atropin Abgang von Flatus und massigem Stuhl.

22. Batsch[25]): 60jährige Frau mit Verstopfung und Kothbrechen erkrankt. Zweimalige Injection von je 0,002 Atropin blieb ohne Wirkung, während eine solche zu 0,005 das Erbrechen sistirte und massigen, breiigen Stuhl herbeiführte.

23. Batsch[25]): Bei einem 35jährigen Manne verschwanden die schweren Ileuserscheinungen nach zweimaliger Injection von 0,005 Atropin.

24. Prölss[30]): Schwerer Ileus bei einer Frau. Heilung durch Belladonnainfus und fortgesetzte kleine Atropindosen.

25. Kohlhaas[31]): Ohne ersichtliche Ursache eingetretener Darmverschluss bei einem 70jährigen Manne. Innerhalb von 12 Stunden dreimal 0,0016 Atropin subcutan, völlige Genesung.

26. Russow[32]): 50jähriger Feldarbeiter hat seit 2 Tagen keinen Abgang von Stuhl oder Gasen. Atropin in Tropfen innerlich ist ohne Erfolg. Am nächsten Tage Injection von 0,004 Atropin und Fortfahren mit der innerlichen Atropinbehandlung. Tags darauf wiederum Injection von 0,004 und am nächsten Morgen noch Ricinusöl. Darauf Eintritt reichlichen Stuhlganges.

27. Demme[33]): Schwerer Ileus bei einer 28jährigen Patientin. Hohe Darmirrigationen, Opium und Morphium ohne Erfolg. Nach Injection von 0,003 resp. 0,005 reichlicher Stuhlgang. Heilung.

28. Derselbe: Ileus. Nach Injection von 0,005 Atropin hören nach 20 Minuten schon die Schmerzen auf, ebenso das Kothbrechen. Nach 6 Stunden reichlicher breiiger Stuhlgang.

29. Stark[34]): Ileusfall mit einer Injection von 0,004 Atropin und daran sich anschliessendem Einlauf erfolgreich behandelt. Als Intoxicationserscheinungen traten starkes Durstgefühl, Herzklopfen und etwas Schwindel, jedoch keine Sehstörungen ein.

30. Dietrich[10]): Schwerer Fall von Ileus mit 3 Atropininjectionen zu 0,001, 0,0015 und 0,003 zur Heilung gebracht. Während die Maximaldosis von 0,001 den Zustand des Patienten nicht merklich beeinflusste, konnte man bei 0,0015 geringe, bei 0,003 stärkere Intoxicationserscheinungen beobachten, die 20 Minuten nach der Injection ihren Höhepunkt erreicht hatten und nach 24 Stunden bereits völlig verschwunden waren. Clystiere und Opium waren gänzlich wirkungslos geblieben.

31. Gähtgens[35]): Ileus bei 64 Jahre alter Frau mit zweimaliger Einspritzung von 0,003 resp. 0,002 Atropin, sowie innerlicher Darreichung von Extr. Belladonnae geheilt. Heftige Vergiftungserscheinungen.

32. Middeldorpf[36]): Ileus bei einem 58jährigen Patienten. Injectionen von 0,001, 0,0015 und 0,0025 Atropin innerhalb zweier Tage hatten prompten Erfolg; es entleerten sich erst harte, dann breiige Stühle. Heilung.

33. Rumpel[9]): Ileus bei einer 65jährigen, sehr schwächlichen Patientin. Operativer Eingriff nicht rathsam. Heilung nach Injectionen von im Ganzen 0,0055 Atropin.

34. Derselbe: Acuter Darmverschluss bei 50jähriger Frau. Opium und Belladonna ohne Erfolg. Beginn der Atropinbehandlung mit 0,001, dann noch zweimal 0,002. Nach 24 Stunden reichlicher dünnflüssiger Stuhl.

35. Burzi[37]): Complete Darmocclusion bei einem 24jährigen Manne. Operation wurde verweigert. Injection von 0,004 Atropin. Mit dem Eintritt von Erscheinungen einer Atropinvergiftung trat zunächst Abgang von Gasen, später auch Stuhlent-

leerung ein. Nach B. hatte es sich wahrscheinlich um Invagination des untersten Darmabschnittes gehandelt.

36. Hansson[38]): 40jähriger Mann, langsam zunehmende Incarcerationserscheinungen. Alle Mittel ohne Erfolg. Sechsmal 0,06 Extr. Belladonnae führte zu weiten Pupillen, Trockenheit im Halse und zu Stuhlgang. Rasche Reconvalescenz.

37. Iwanowsky[39]): Typischer Ileus bei einem 50jährigen Manne. 0,003 Atropin und hohe Darmirrigation zunächst ohne Erfolg. Am folgenden Tage wiederum 0,002 Atropin injicirt und Application eines hohen Clysmas. In der Nacht darauf mehrmals spontan Stuhlgang. Heilung.

38. Derselbe: Bei einem 58jährigen Manne wichen die sehr bedrohlichen Ileuserscheinungen erst nach dreimaliger Injection von 0,004 Atropin an drei auf einander folgenden Tagen. Nach jeder Injection traten vorübergehende Vergiftungssymptome auf.

39. Kalabuchoff und Sawwin[39]) behandelten einen Fall von schwerem Ileus mit Atropininjectionen. Eine Injection von 0,002 blieb zuerst erfolglos, darauf am folgenden Tage Injection von 0,005. Vergiftungserscheinungen. Auf ein Clysma hin trat reichliche Defäcation ein und der Patient genass.

40. Jacowlewa[39]): 40jähriger, kräftiger Bauer erkrankte an Ileus. Operation wurde sowohl von Seiten des Patienten, wie seiner Angehörigen verweigert. Daraufhin Einleitung der Atropinbehandlung. Auf Injection von 0,003 besserte sich zwar das Allgemeinbefinden und die Schmerzen liessen nach, allein Stuhlgang stellte sich nicht ein. Am anderen Tage abermals Injection von 0,002 Atropin, worauf das Kothbrechen für wenige Stunden aufhörte. Eine am selben Tage ausgeführte Injection von 0,002 Atropin und eine zweite drei Stunden später von 0,001 blieben erfolglos und es trat noch am Abend der Exitus letalis ein.

Ueberblicken wir nunmehr die soeben im Auszuge mitgetheilten 40 Berichte, so fällt uns zunächst auf, dass dieselben zum grossen Theile die günstige Wirkung des Atropins bei Ileus in den Vordergrund stellen. Einige Berichterstatter sprechen sich in geradezu enthusiastischer Weise über die Atropinerfolge aus. So bezeichnet Holz den Heileffect des Atropins in den beiden von ihm beobachteten Fällen als „äusserst bemerkenswerth", Middeldorpf spricht in seinem Falle von einem „geradezu phänomenalen" Erfolge, Polack berichtet, dass in dem Falle, den er mit Prof. Ortner in Wien und Generalstabsarzt Rossner gemeinsam beobachtete und der bereits hoffnungslos erschien (Beobachtung 11) das Atropin „geradezu zauberhaft" gewirkt habe. Diesen vielen Erfolgen stehen nur wenige Miss-

erfolge gegenüber. Allein trotzdem ist nöthig, sich wenigstens einem Theil der günstigen Beobachtungen gegenüber skeptisch zu verhalten und vor Allem nicht den Grundsatz aufzustellen, wo Ileus vorhanden ist, ist immer Atropin am Platze. Ein Theil der Berichte ist zu knapp und zu ungenau abgefasst, andere wieder lassen verschiedene Deutung und Auslegung zu. Vor Allem ist in den meisten Berichten zu wenig Gewicht auf die anatomisch-pathologischen Verhältnisse gelegt, ferner lässt der Umstand, dass nach Atropinbehandlung in dem einen oder anderen Falle Besserung oder Heilung eintrat nicht immer den Schluss zu, dass die Besserung oder Heilung auch wirklich directe Folge des Atropins gewesen ist. Denn auch früher schon wurden alle mögliche Ileusheilungen beschrieben, die angeblich durch Opium, Tabaksclystiere, regulinisches Quecksilber u. dgl. erzielt worden waren. Auch der Procentsatz der Heilungen gegenüber dem der Misserfolge lässt sich nicht so ganz unanfechtbar verwerthen, da, worauf ich schon vorher hingewiesen habe, gewiss eine ganze Anzahl von Misserfolgen nicht publicirt wurden, aus dem einfachen Grunde, weil es eben Misserfolge waren. Nicht unwichtig für die Beurtheilung der mitgetheilten Fälle ist auch der Umstand, dass dieselben fast ausschliesslich Einzelnbeobachtungen sind — nur Batsch verfügt über 5 eigene Beobachtungen — und daher naturgemäss nicht dieselbe Bedeutung haben, als wenn sie alle von einem Beobachter oder aus einem und demselben Krankenhause herrührten. Erst wenn wir all dieser Einwände uns bewusst sind, können wir an eine fruchtbare kritische Würdigung der Atropinbehandlung bei Ileus herangehen.

Versuchen wir die einzelnen Fälle hinsichtlich der Atropinwirkung zu analysiren, so finden wir, dass das Atropin in vielen Fällen — von genaueren Zahlenangaben will ich absehen, da dieselben bei so kleinen Zahlenverhältnissen doch keinen statistischen Werth haben und höchstens nur irreleiten — den Schmerz gänzlich beseitigt oder doch wenigstens gemindert und ausserdem eine Besserung des Allgemeinbefindens hervorgerufen hat. Auch das Erbrechen hörte in einer grossen Anzahl von Fällen entweder dauernd oder doch zeitweilig auf. Der Meteorismus besserte sich vielfach und der Leib wurde weich. In einer grossen Reihe von Fällen ferner, und dies ist eigentlich die Hauptsache, traten als directe Folge der Atropinwirkung Flatus und Stuhl ein, und zwar entweder ohne Mitwirkung einer sonstigen Therapie oder

in Gemeinschaft mit anderen Mitteln, und zwar werden hier hauptsächlich Clystiere und Ricinusöl erwähnt. Kurzum, das Atropin hat den übereinstimmenden Berichten einer ziemlichen Anzahl von Beobachtern zufolge so hervorragende Eigenschaften bei der Ileusbehandlung gezeigt, dass es sich wohl verlohnen dürfte, eine genauere Indicationsstellung für seine Anwendung bei Ileus zu suchen.

Sehen wir zu, welche Grenzen die betr. Beobachter selbst für die Anwendung des Atropins gezogen haben, müssen wir sagen, dass die meisten derselben ziemlich weit, wohl zu weit gegangen sind. So glaubt L ü t t g e n, dessen Fall übrigens letal verlaufen war, auf Grund der bisherigen Erfahrungen mit dem Atropin die Forderung aufstellen zu dürfen, das Atropin in *allen* Fällen von Ileus, auch dann, wenn ein eclatantes mechanisches Hinderniss, wie Achsendrehung, Invagination, selbst Incarceration diagnosticirt worden ist, zu injiciren, um so eventuell den gefährlichen Eingriff in die Abdominalhöhle überhaupt zu verhüten, oder, wenn das nicht, so doch dem Patienten die Hauptbeschwerden bis zur Operation zu lindern und die Gangraen zu verzögern. Auch B a t s c h ist in einem seiner Fälle (Beobachtung 14) der Ueberzeugung, dass, wenn auch das Atropin in diesem Fall nicht habe wirken können, es doch verhindert habe, dass das incarcerirte Darmstück gangraenös geworden sei, eine Anschauung, die durch das schon erwähnte Thierexperiment R u m p e l's einigermaassen gestützt wird. M a r c i n o w s k i wirft sogar die Frage auf, ob es unter Umständen nicht richtig wäre, die hohen Atropindosen für die Behandlung incarcerirter Hernien heranzuziehen.

Wenn wir nunmehr versuchen, eine Indicationsstellung für den Atropingebrauch bei Ileus zu geben, so können wir von vornherein den Strangulationsileus ausschliessen, ohne dass es hierzu eigentlich einer weiteren Erklärung bedarf. Die einfache Ueberlegung muss uns schon sagen, dass ein derartiges mechanisches Hinderniss nicht durch Atropin beseitigt werden kann, wir können aber auch die Probe hierauf machen durch Betrachtung der unter Strangulationsileus rubricirten fünf Fälle. Davon wurde ein Fall (B a t s c h) nur durch Operation geheilt, der Fall M a r c i n o w s k i war eigentlich ein Fall von dynamischem Ileus im Anschluss an eine incarcerirte Hernie und die anderen 3 Fälle gingen trotz Atropinbehandlung zu Grunde. Das

eigentliche Feld für die Atropinbehandlung ist der dynamische und unter Umständen auch der Obturationsileus. Wir finden unter den Berichten über dynamischen und Obturationsileus nur zwei Todesfälle aufgeführt. In dem Fall Lüttgen trat der Tod infolge äusserster Schwäche der Patientin ein, und Lüttgen selbst ist der Ansicht, dass eine wiederholte Atropininjection noch sichere Hülfe gebracht hätte, eine Ansicht, für die er natürlich keine Beweise erbringen kann. Der Fall Gebele, in welchem die Obturation durch einen wallnussgrossen Gallenstein verursacht war, hätte allerdings durch frühzeitige Operation vielleicht gerettet werden können.

Ein Berichterstatter hat sich auf Grund der von ihm gemachten Beobachtung als energischer Gegner der Methode gezeigt, nämlich Gebele, der direct sagt, dass, wenn ein inneres Mittel beim Ileus, speciell beim paralytischen Ileus indicirt ist, Morphium dem Atropin vorzuziehen ist, andernfalls, d. i. beim eigentlichen anatomisch-mechanischen Ileus, nur der chirurgische Eingriff in Betracht komme.

Sehen wir uns nun nach den schädigenden Einwirkungen um, die der Atropinwirkung zur Last gelegt werden können, so haben wir zunächst die Intoxicationserscheinungen zu betrachten. Unter den beobachteten 40 Fällen wird 18 Mal über Intoxicationserscheinungen berichtet; dieselben werden neunmal als leichte, zweimal als mittelschwere und siebenmal als schwere bezeichnet. Gebele macht in seinem Falle den „Atropinrausch" direct für den Exitus seiner Patientin verantwortlich, doch hätten die Folgen desselben bei besserer Wartung und Pflege leicht vermieden werden können. Im Uebrigen traten die Vergiftungssymptome meist schon bald nach der Einspritzung ein und schwanden gewöhnlich spätestens in 24 Stunden wieder; sie nahmen niemals einen bedrohlichen Character an, wie ja die letale Dosis beim Atropin die Maximaldosis der deutschen Pharmacopoe um das Hundertfache übersteigt. Ein weiterer Nachtheil, der dem Atropin zu Last gelegt wird, wird von Gebele betont: „Man täuscht mit Atropin so und so oft über den Ernst der Lage hinweg und versäumt die richtige Zeit zum operativen Eingriff. Das Krankheitsbild wird dadurch verdeckt, dass die subjectiven und objectiven Beschwerden, wie Schmerzen, Erbrechen, Auftreibung des Abdomens zum Theil nachlassen, während die Stuhlverhaltung mehr anhält; ganz plötzlich tritt das

mehr minder stürmische Bild von Neuem auf und die Katastrophe bricht gleich einem Blitzstrahl aus heiterem Himmel rapid herein." Man sieht, Gebele macht dem Atropin die gleichen Vorwürfe, wie sie der Opiumbehandlung bei Appendicitis gemacht werden, und man wird zugeben müssen, dass dieselben nicht so ganz unberechtigt sind, wenn auch andererseits bei sorgfältiger Beobachtung und Ueberwachung des Patienten die Folgen nicht so gar schlimm sein dürften. Bei dem Fall Gebele ist allerdings, wie schon erwähnt, über der Atropinbehandlung versäumt worden, rechtzeitig zu operiren.

Was nun die Dosirung betrifft, so ergeben sich für dieselbe aus den bis jetzt gemachten Beobachtungen noch keine sicheren Grundsätze. In manchen Fällen schien der Erfolg erst nach der Injection grösserer Dosen eingetreten zu sein, in anderen wieder machte sich eine entschiedene Wirkung schon bei die Maximaldosis nicht überschreitenden Gaben bemerkbar. Verschiedene Autoren sind der Anschauung, dass in den Fällen, in welchen zuvor Opium oder Morphium verabreicht worden war, es grösserer Dosen bedürfe, um einen Erfolg zu erzielen. Wenn auch, wie wir sahen, grössere Dosen keine lebensgefährlichen Erscheinungen machen, so dürfte es doch rathsam sein, in dieser Beziehung nur streng individualisirend vorzugehen und wo möglich mit der niedrigsten, gerade ausreichenden Dosis zu beginnen, da die Toleranz gegen Atropin sehr verschieden zu sein scheint.

Schlussfolgerungen.

1. Atropininjectionen scheinen eine Reihe bestimmter Ileusfälle sehr günstig beeinflusst zu haben, doch muss das Mittel nach dieser Richtung hin noch weiter geprüft werden.

2. Atropininjectionen können mit Vortheil versucht werden bei Fällen von dynamischem oder Obturationsileus.

3. Fälle von Strangulationsileus, sowie von incarcerirten Hernien sind von der Atropinbehandlung auszuschliessen; hier ist der operative Eingriff am Platze.

4. Wird letzterer vom Patienten positiv verweigert oder liegen die Verhältnisse für eine Operation absolut ungünstig und verzweifelt, kann ein Versuch mit Atropin auch bei Strangulationsileus und incarcerirten Hernien gemacht werden.

5. Lässt sich keine exacte Diagnose stellen und Strangulationsileus nicht mit Sicherheit ausschliessen, so ist die Probelaparotomie der Atropinbehandlung vorzuziehen.

Literatur.

[1]) Batsch, Ileus und Atropin. Münchener med. Wochenschr., 1899, No. 45.

[2]) Batsch, Ileus und Atropin. Verlag von H. Starke, Grossenhain i. S. 1899.

[3]) Bofinger, Zur Atropinbehandlung des Ileus. Münch. med. Wochenschr., 1901, No. 17.

[4]) Schulz, Geschichtliches zur Behandlung des Darmverschlusses mit Belladonnapräparaten. Münch. med. Wochenschr., 1901, No. 33.

[5]) Köhler, Handbuch der speciellen Therapie, 1868, S. 210.

[6]) Liebreich und Langgaard, Compendium der Arzneiverordnung. 5. Auflage. Berlin, 1902, S. 98.

[7]) Landois, Lehrbuch der Physiologie des Menschen. 6. Auflage. S. 302.

[8]) Cloetta-Eihlene, Lehrbuch der Arzneimittellehre. 6. Auflage, S. 63.

[9]) Rumpel, Zur Atropinbehandlung des Ileus. Münch. med. Wochenschr., 1901, No. 19.

[10]) Dietrich, Noch ein Fall von Ileus, der mit Atropin behandelt wurde. Ibidem No. 8.

[11]) Husemann, Atropin. Eulenburg's Realencyclopaedie. 3. Auflage, Bd. II, S. 434.

[12]) Traversa, Natura e meccanismo di azione dell' atropina sull' attivita motoria dell' intestino in rapporto alle sue applicazioni nella cura della stipsi cronica e della colica saturnina. Con un contributo sul meccanismo della disperistalsi prodotta dalla pilocarpina. Policlinico IV. 24. S. 601, 1897, ref. in Schmidt's Jahrbücher, 1898, Bd. 260, S. 16.

[13]) Batsch, Ileus und Atropin. Münch. med. Wochenschr., 1899, No. 51.

[14]) Marcinowski, Zur Atropinbehandlung des Ileus. Ibidem 1900, No. 43.

[15]) Lüttgen, Zur Atropinbehandlung des Ileus. Ibidem No. 48.

[16]) Simon, Zur Atropinbehandlung des Ileus. Ibidem 1901, No. 12.

[17]) Hämig, Chirurgisch nicht zu behandelnder Ileus durch Atropin behoben. Ibidem No. 23.

[18]) Aronheim, Ileus und Atropin. Ibidem No. 33.

[19]) bei Batsch, Ileus und Atropin. Ibidem 1899, No. 51.

[20]) Holz, Zur Atropinbehandlung des Ileus. Ibidem 1900, No. 48.

[21]) Adam, Ein schwerer Obturations-Ileus durch Atropin und Oleum Olivarum gehoben. Ibidem 1901, No. 17.

[22]) Polack, Zur Atropinbehandlung des Ileus. Wiener klin. Wochenschr., 1901, No. 17.

[23]) Gebele, Zur Atropinbehandlung des Ileus. Münch. med. Wochenschr., 1901, No. 33.

[24]) Pritchard, Ein Fall von Darmverschluss durch einen Gallenstein, erfolgreich behandelt mit Atropin. Ibidem.

[25]) Batsch, Zur Atropinbehandlung des Ileus. Ibidem 1900, No. 27.

[26]) Höchtlen, Ein weiterer Fall von Ileus, der mit Atropin behandelt wurde. Ibidem 1901, No. 12.

[27]) Gebser bei Batsch, Münch. med. Wochenschr. 1899, No. 45.

[28]) Ibidem.

[29]) Ibidem.

[30]) bei Batsch, Ileus und Atropin. Münch. med. Wochenschr., 1900, No. 35.

[31]) Kohlhaas, Zur Behandlung des Ileus mit hohen Atropingaben. Med. Corresp.-Bl. des württemberg. ärztl. Landesvereins, 1900, No. 13, ref. Münch. med. Wochenschr., 1900, No. 36.

[32]) Russow, Ileus und Atropin. Münch. med. Wochenschr., 1900, No. 40.

[33]) Demme, Weitere Beiträge zur Atropinbehandlung des Ileus. Ibidem No. 48.

[34]) Stark, Ein weiterer Fall von Atropinbehandlung bei Ileus. Ibidem 1901, No. 5.

[35]) Gähtgens, Zur Behandlung des Ileus mit Belladonnapräparaten. Ibidem No. 17.

[36]) Middeldorpf, Ein Fall von Ileus mit Atropin behandelt. Ibidem.

[37]) Burzi, Atropin in einem Falle von Ileus. Gaz. degli osped. 1901, S. 668, ref. Wiener med. Wochenschr., 1901, No. 36.

[38]) Hansson, Ileus og atropin. Tidskrift for den norske Laegeforening, 1901, No. 3, ref. in Centralbl. für innere Medicin, 1901, No. 33.

[39]) Therapie der Gegenwart, Februar 1902.

Mittheilungen aus der neuesten Journal-Literatur.

I. Chirurgie.

W. Kramer: *Zur chirurgischen Behandlung thrombosirter Unterschenkelvaricen.*

Nicht nur bei umschriebener Knotenbildung, sondern auch besonders bei Vorhandensein von förmlichen Geschwülsten, ganzen Paketen thrombosirter Varicen empfiehlt Kramer, nach Incision der Haut (mit oder ohne Localanästhesie) die Gefässstränge fast in der ganzen Ausdehnung der Verstopfung längs zu spalten und die Gerinnselmassen vorsichtig zu entleeren. Kramer hat bei sonst nicht zu beseitigenden Beschwerden in ca. 50 Fällen diese Operation ausgeführt und niemals nachtheilige Folgen (Embolie, Blutung), sondern stets rasche und reactionslose Heilung beobachtet. (Centralblatt für Chirurgie, No. 37, 1901.)

Schopf: *Verletzungen des Halstheiles des Ductus thoracicus.*

Von traumatischen Läsionen des Ductus thoracicus am Halse sind nur zwei Fälle bekannt. Häufiger sind die operativen Verletzungen desselben; es sind bis jetzt 19 Fälle bekannt. Verf. veröffentlicht einen weiteren Fall, der eine 49jährige Frau mit einem Mammacarcinom betraf. Bei der Entfernung der Supraclaviculardrüsen musste der Ductus thoracicus, in dem sich nur eine dünne, lymphartige Flüssigkeit befunden haben musste — denn sonst hätte es bei der Operation bemerkt werden müssen — durchschnitten worden sein. Die Frau starb durch Säfteverlust infolge der andauernden Chylorrhoe und durch Compression der Lungen und des Herzens durch beiderseitigen Chylothorax.

Unmittelbar nach der Nahrungsaufnahme, wo viel Chylus producirt wird und der Ductus thoracicus prall gefüllt ist, wird er eher rupturiren oder von einem Instrument oder Kugel getroffen werden, als wenn er leer und collabirt ist. Besonders häufig sind die Verletzungen desselben bei der Entfernung der carcinomatösen Supraclaviculardrüsen, die ja zum Theil in dem Verlaufe der Vena subclavia liegen. Deshalb haben in früherer Zeit manche Operateure die Fälle, wo bereits die Supraclaviculardrüsen infiltrirt waren, für inoperabel erklärt, während man in neuerer Zeit auch noch solche Fälle radical operirt, da die Technik vollkommener und das Eintreten von Recidiven sehr variabel ist. Und deshalb kommen auch die operativen Verletzungen des Ductus thoracius in letzter Zeit häufiger vor. Auch bei der Exstirpation tuberculöser Drüsen am Hals sind Verletzungen des Ductus thoracicus beobachtet worden. Von grossem Einfluss ist auch die Art der Verletzung, ob nur eine kleine Wunde besteht, die sich durch Fibringerinnsel schliessen kann, oder eine quere Durchtrennung stattgefunden hat. Die Therapie bei Verletzungen des Halstheiles des Ductus thoracicus besteht vorzugsweise in der Tamponade. Aber oft gelingt es nicht, im Anfang selbst durch energische Tamponade, durch Verschliessen der Wunden durch die Naht über dem Tampon die Chylorrhoe zu beherrschen und erst allmählich, wenn der Chylus die Collateralbahnen sich erweitert hat, das Andrängen des Chylus sich vermindert, hört das Hervorsickern des Chylus auf. Die Ligatur dürfte bei der Zartheit der Wandungen und dem Andrängen der sich stauenden Flüssigkeit nur selten von Erfolg sein. Von den oben angeführten 19 Fällen endete nur einer letal. (Wiener klinische Wochenschrift, 1901, 48.)

Casper: *Die Verwerthung der functionellen Nierenuntersuchung für die Diagnostik der Nieren- und Bauchchirurgie.*

Nach der von Casper und Richter ausgebildeten Methode der „functionellen Nierendiagnostik" wird die Leistungs-

fähigkeit jeder Niere, deren Urin mittels Ureteren-Katheters gesondert aufgefangen werden muss, aus der zu vergleichenden Menge des im Harn ausgeschiedenen N., des durch Phloridzin-Injection künstlich producirten Zuckers und der Gefrierpunktserniedrigung bestimmt. Bei gesunden Nieren sind die drei Werthe beiderseits gleich, bei Erkrankung einer Niere sind sie auf der entsprechenden Seite um so niedriger, je kränker die Niere ist.

Casper führt nun acht Fälle an, in denen die Methode ihre Zuverlässigkeit in praxi sich bewährt hat. In einem Falle von Nierensteinen konnte damit die Seite der Erkrankung festgestellt werden. In zwei Fällen, wo nach dem Palpationsbefund dringender Verdacht auf Nierentumor bestand, ergab die Functionsprüfung, dass die Nierensubstanz selbst nicht erkrankt sein könne, und die Operation ergab einmal einen Nebennierentumor, im zweiten Falle Nierencysten bei normaler Nierensubstanz. In anderen Fällen gelang es, mit der Casper'schen Methode die Differentialdiagnose gegen Perityphlitis, Gallensteinkolik, sowie zwischen Nephralgien und Nierensteinkoliken zu sichern.

Jedenfalls geht aus der C.'schen Mittheilung hervor, dass die functionelle Nierenuntersuchung vermittelst des Ureteren-Catheterismus ein werthvolles diagnostisches Hifsmittel darstellt, welches jedoch, wie C. hervorhebt, nicht wahllos anzuwenden ist, sondern „als ultimum refugium reservirt bleiben muss für diejenigen Fälle, in welchen wir mit den sonstigen bewährten diagnostischen Untersuchungsmethoden nicht zum Ziele gekommen sind." (Centralblatt für Chirurgie, No. 44, 1901.)

Fink: *Ueber Eucainisirung des Rückenmarks.*

Die Eucainisirung des Rückenmarks wurde von F. in derselben Weise vorgenommen, wie die Cocainisirung von Bier. Die Punction des Duralsackes erfolgt in der Regel zwischen 3. und 4. Lumbalwirbel; es wurden einige Tropfen der Cerebrospinalflüssigkeit abgelassen und nun die Eucainlösung eingespritzt. Er verwandte eine 5 proc. sterilisirte Lösung von Eucain b und injicirte 2—3 ccm, je nach der Individualität der Patienten. Operirt wurden eine Frau und 11 Männer, von welchen der jüngste 18, der älteste 63 Jahre alt war. Das Quantum betrug in einem Falle 0,075, in einem anderen 0,125, in neun Fällen 0,15 g.

Das Eucain giebt eine vollständige Analgesie der beiden unteren Extremitäten der Geschlechtstheile und des Rectums bis zur Nabelhorizontalen. Die Dauer der Analgesie ist hinreichend für die Ausführung der Operation. Gleich dem Cocain hat auch das Eucain bei der Injection in den Duralsack unangenehme Nebenwirkungen, zum mindesten in der Hälfte der Fälle, zur Folge, Wirkungen, welche sich bis zu Convulsionen steigern. Wie bei Cocain, bleiben auch bei Eucain Folgezustände, wie Fieber,

Schüttelfrost, Kopfschmerzen nicht aus. Ferner ist die Verlangsamung des Pulses eine regelmässige Erscheinung. Ein Theil der unangenehmen Nebenerscheinungen ist allerdings mit der verabfolgten Dosis von Eucain in Verbindung zu bringen, in der Hälfte der Fälle war die Dosis zu hoch gegriffen. Es ist deshalb die Aufgabe der weiteren Beobachtung, die zu verabfolgende Dosis genauer zu bestimmen. (Prager med. Wschr., 1901, 15.)

Trzebicky: *Zur Cocainisirung des Rückenmarks nach Bier.*

Die Erfahrungen an 146 Fällen gipfeln in folgenden Schlüssen. Die Cocainisirung des Rückenmarks kann in der jetzt geübten Form weder die Inhalationsnarcose ersetzen, noch eignet sich dieselbe wegen der derselben anhaftenden Gefahren einer Infection und in zweiter Linie Intoxication, sowie der Unsicherheit des Erfolges für die Privatpraxis überhaupt. Nur in Krankenhäusern sind weitere Versuche angezeigt. Im Falle des Misslingens muss man sofort zur Einleitung einer anderen Anästhesirungsmethode bereit sein. Besonders eignen sich für die Methode Operationen an den unteren Extremitäten und am Becken. Das Gebiet der Laparotomien ist dagegen ein beschränktes, da die Analgesie in den meisten Fällen nur bis zum Nabel reicht. Für Operationen freier Leistenbrüche und Appendixexstirpationen ohne Eiterungssymptome genügt sie, Laparotomien dagegen, in welchen man mit abnormer Spannung der Bauchdecken sowie Tendenz der Därme zum Prolaps zu kämpfen hat, also vor allem die wegen innerer Occlusion ausgeführten, eignen sich gar nicht hierzu. Besondere Vorsicht ist bei schwacher Herzthätigkeit, namentlich chronischer Myocarditis angezeigt. Bei Septicopyaemie ist sie wegen der Gefahr einer Autoinfection contraindicirt. (Wiener klinische Wochenschrift 1901, 22.)

Barth: *Zur acuten Cocainintoxication.*

Wir sind gezwungen, zur Anästhesie der Schleimhaut der oberen Luftwege bei aller Gewissenhaftigkeit und Vorsicht eine grössere Menge Cocain, als in der Pharmacopoe vorgesehen, anzuwenden und finden eine Unterstützung in dem Umstande, dass unliebsame Nebenerscheinungen glücklicherweise zu den Ausnahmen gehören. Die Intoxicationserscheinungen können von den verschiedensten Stellen aus geschehen. Darin schwanken die Erfahrungen der einzelnen Autoren gewaltig. Für die Erklärung der wechselnden und unberechenbaren Häufigkeit der Intoxicationen mögen zwei Factoren Erwähnung finden, einmal die sich jeder Schätzung entziehende Disposition des einzelnen Individuums, besonders wenn das Cocain zum erstenmal zur Anwendung gelangt, ferner die Qualität des Präparats; denn einzelne Präparate mögen wohl leichter und schneller eine Intoxication begünstigen.

Die leichteste Cocainintoxication macht sich in einer auffallenden Blässe, Schweissausbruch im Gesicht, Uebelkeit, Pulsbeschleunigung, Unfähigkeit zu schlucken und dem Gefühl von Athemnoth bemerkbar. Verfasser hatte bei einem kräftigen jungen Manne die Rachenschleimhaut vor dem Curettement der Rachenmandel mit etwas mehr Cocain anästhesirt, als die Pharmacopoe vorschreibt. Die Intoxication begann mit Verdrehung der Bulbi und einem veränderten Gesichtsausdruck, als ob er unter dem Eindruck von Sinnestäuschungen stand. Es schlossen sich bald clonische Krämpfe an den Extremitäten an, die auf den Rumpf übergriffen und zum Opisthotonus führten. Die Krämpfe hielten in vermindertem Maassstabe noch am nächsten Tag an. Die Athmung war gar nicht verändert, der Puls ging erst am folgenden Tage auf 44 herunter und war noch zwei weitere Tage lang in der Frequenz herabgesetzt.

Da die Toleranz gegen Cocain so erheblich schwankt, so müssen wir bei Personen, deren Reaction auf Cocain wir noch nicht kennen, tastend vorgehen. Da Individuen, die bereits an Krämpfen leiden, nach Cocainisirung auch leichter in Krämpfe verfallen, so ist vorher eine genaue Anamnese zu erheben. Eine Untersuchung der Lunge, des Herzens und der Niere ist ebenfalls zu empfehlen, da toxische Störungen des Herzens bei bestehender Herzkrankheit verhängnissvoll werden können, ebenso wie toxische Athmungsstörungen bei bestehendem Emphysem und pleuritischen Adhäsionen, und eine vorhandene Nephritis, die eventuell einer schnellen Ausscheidung des Cocains hinderlich sein würde. (Wiener klin. Rundschau 1901, 15.)

Harvey M. Cushing: *Sur la laparotomie exploratrive précoce dans la perforation intestinale au cours de la fièvre typhoide.*

Nach Keen's Statistik wurden durch Laparotomie von 158 Typhuskranken 37 vor den Folgen einer Darmperforation gerettet. C. ist der Ansicht, dass bei ausgedehnteren Erfahrungen eine exactere Indicationsstellung und bessere Erfolge zu erzielen sein werden. Nothwendig ist es dazu, dass der Chirurg sich mit dem klinischen Verlaufe des Abdominaltyphus genau vertraut macht, um den richtigen Zeitpunkt zum Eingriff treffen zu können. Im John Hopkins Hospital (Baltimore) werden daher die Typhuskranken von vornherein gemeinschaftlich von Chirurgen und Internisten beobachtet. In den letzten drei Jahren wurden elf Perforationsfälle auf der Halsted'schen Abtheilung operirt und davon fünf durch die Laparotomie gerettet. Die Hauptschwierigkeit ist es, die Diagnose des „preperforative stage" zu stellen, d. i. des Krankheitsstadiums, in dem die Perforation droht, aber noch keine Extravasation von Darminhalt in die Bauchhöhle erfolgt ist. Um dieses Stadium, das für die Operation die günstigsten Chancen bietet, nicht zu versäumen,

ist die sorgfältigste Beobachtung des Kranken erforderlich. Als werthvolle Symptome werden angeführt Leibschmerzen, Härte oder Empfindlichkeit des Leibes, Diarrhöen, flaches Abdomen, Aufhören der Bauchathmung. — Meteorismus wurde nie vor einer Perforation beobachtet; Absinken der Temperatur ist schon ein Zeichen von diffuser Peritonitis bei Austritt von Darminhalt in die Bauchhöhle. Auf häufige Blutuntersuchungen legt C. Werth, um eine Leucocytose festzustellen, die er im präperforativen Stadium nie vermisst hat. Der Wunsch, mit der Operation nicht zu spät zu kommen, hat viermal zu Eingriffen geführt, bei denen keine Darmläsion gefunden wurde. Nach C.'s Ansicht sollen jedoch diese Probelaparotomien ohne Schaden für die Patienten gewesen sein. Die Operation wurde stets unter Schleich's Anästhesie ausgeführt. Incision wie bei Appendicectomie. Zur Verhütung secundärer Perforationen soll man in die Nähe der verdächtigen Stelle ein Drain einlegen. Das Exsudat ist bacteriologisch zu untersuchen, da nach den Erfahrungen des Verfassers Streptococcen-Infectionen eine schlechtere Prognose geben als durch andere Microorganismen. (Archives generales de Médecine, janvier 1901.)

Pichler: *Ueber den Werth des Aluminiumbronzedrahtes in der Chirurgie.*

Der Aluminiumbronzedraht ist schon seit mehreren Jahren von Socin, Haegler, Troller als Nahtmaterial empfohlen worden. Auch in der v. Mikulicz'schen Klinik hat dies Material neuerdings den Silberdraht völlig verdrängt und findet besonders da ausgiebige Verwendung, wo secundäre Stichcanalinfectionen von der Haut aus zu befürchten sind, also an schwer desinficirbaren Körperregionen und bei starker Spannung der Wundränder. Bacteriologische Untersuchungen P.'s machen es wahrscheinlich, dass der Aluminiumbronzedraht in der That antiseptische Eigenschaften besitzt, wie es schon von Troller vermuthet worden. (Centralbl. f. Chir., 1901, Nr. 16.)

Zulehner: *Zur Herznaht.*

Im vorliegenden Falle handelte es sich um eine Stichverletzung des Herzens. An der rechten Herzkante, 1 cm von der Spitze entfernt, befand sich ein schnittförmiger Spalt in der Länge von etwa 2 cm, aus welchem dunkles Blut hervorquoll. Die Wunde, die in den rechten Ventrikel führte, war besonders deutlich während der Diastole sichtbar. Der Versuch, die Wunde mit Seide zu nähen, misslang, weil der Faden „durch das Fettgewebe wie durch Butter durchschnitt." Dadurch und durch den weiteren Versuch, die Wunde durch das Anlegen von Pincetten und Klemmen zusammenzuhalten, wurde die Wunde erweitert, so dass mehr Blut hervorquoll und sich der Kranke unter den Händen des Operateurs verblutete. Bei der Autopsie

fanden sich als Folgeerscheinung des Potatoriums fettige Degenerationen der Leber, der Nieren und namentlich des Herzens. Das Herz war vergrössert, das Herzfleisch war gelb und zeigte den höchsten Grad von Morschheit und Zerreisslichkeit. Abgesehen davon, befand sich die Schnittwunde an einer ungünstigen Stelle, an der rechten Herzkante nahe der Spitze, wo die Musculatur sehr dünn und durch die Fettauflagerung für die Anlegung von Nähten nicht geeignet ist. Die Herznaht wurde bisher zehnmal ausgeführt. Dreimal trat Genesung ein, sieben Kranke verstarben bald nach der Operation. Die Naht scheint nach Pagenstecher am linken Ventrikel leichter zu sein, weil die Musculatur fester ist. (Wiener klinische Wochenschrift, 1901, 11.)

A. Bum: *Zur Diagnostik und Therapie der habituellen seitlichen Rückgratsverkrümmung.*

Während wir im ersten Stadium der habituellen Scoliose, der scoliotischen Haltung mit mobiler Wirbelsäule, durch Gymnastik und Massage, falls dieselben methodisch zur Anwendung gelangen, Heilung zu erzielen vermögen und bei einiger Ausdauer sowie Entfernung der gröbsten ätiologischen Schädlichkeiten auch erzielen, gelingt es uns im zweiten Stalium, dem Stadium beginnender Torsion, beim Vorhandensein deutlicher primärer und secundärer Krümmungen, die durch Suspension noch ausgeglichen werden können, durch lange Zeit fortgesetztes, häufig vorgenommenes manuelles und maschinelles Redressement die Mobilmachung der Wirbelsäule zu erzwingen, durch mechanisch gymnastische Behandlung die Musculatur zu kräftigen und dadurch die Deformität einerseits zu verbessern, andererseits ihr Fortschreiten zu verhindern. Ist jedoch die Verkrümmung erst manifest geworden, so haben wir kaum Anlass, an die Anwendung der Stützapparate und zwar sowohl der portativen wie der Lagerungsapparate für die Nachtzeit quoad restitutionem completam besondere Erwartungen zu knüpfen.

Deshalb muss auf die Frühdiagnose das Hauptgewicht gelegt werden, damit die Anfänge der Deformität rechtzeitig und unzweideutig erkannt werden. Das Hauptgewicht wird stets auf das Vorhandensein einer erheblichen Abweichung der Dornfortsatzreihe gelegt und dabei wird regelmässig die Wichtigkeit der für jeden Geübten so augenfälligen Incongruenz der Taillendreiecke als Ausdruck der Seitenverschiebung übersehen. Ausserdem sind Untersuchungen auf Niveaudifferenzen zu beiden Seiten der Dornfortsätze in vorgebeugter Haltung oder in horizontaler Bauchlage als Ausdruck vorhandener Torsion der Wirbelkörper vorzunehmen. Ungeübte haben sich eine Zeichnung der Frontalansicht des Rückens anzufertigen. Aerzte, die keine Zeichner sind, mögen sich den Dicatopter von Eppen anschaffen, bei dem zwei Planspiegel so angebracht sind, dass sie das Bild des Rückens auf das Blatt Papier werfen, das dann in

beliebiger Verkleinerung direct mit dem Bleistift fixirt werden kann. (Wiener med. Presse, 1901, 8.)

II. Geburtshülfe.

Schwarzwaelder: *Zur Fruchtabtreibung durch Gifte.*

Verf. weist auf die Häufigkeit crimineller Aborte hin, die durch Bleipräparate, welche eine acute Bleivergiftung bedingen, hervorgerufen werden. Man findet in solchen Fällen blasses Aussehen, regelmässigen, etwas verlangsamten Puls, eingezogenes, auf Druck empfindliches Abdomen, die Patienten klagen über ausserordentliche heftige Schmerzen im Unterleib, obwohl die Genitalien sich meist in normalem Zustande befinden. Characteristisch ist der Bleisaum am Zahnfleisch. Das verwendete Präparat war Silberglätte oder Bleiweiss, Messerspitze bis Theelöffel voll genommen; der Abort trat immer erst nach mehreren Wochen ein, in einigen Fällen gar nicht. Trotz schwerer Vergiftungserscheinungen erfolgte in allen weiter beobachteten Fällen völlige Genesung, nervöse Störungen waren niemals vorhanden. Therapeutisch wurden ausser Opium und Jodkali Einreibungen von trockenem gepulverten Schwefel in die Haut mit vorzüglichem Erfolge angewendet. (Berlin. klin. Wochenschr. 1901, 9.)

Ludwig: *Ueber Scheidengewölberisse bei der Geburt.*

Aus der besonders den practischen Arzt interessirenden Arbeit sei hervorgehoben, dass die Scheidengewölberisse einer zu grossen Zerrung der Vagina ihre Entstehung verdanken, so dass sie schliesslich einreissen muss. Dieses ist besonders der Fall beim engen Becken, beim Hängebauch und bei künstlich erzeugten Fixationen des Fundus uteri nach vorne und unten. Deshalb empfiehlt Verf. denjenigen Frauen, die einen Hängebauch haben, schon in der Schwangerschaft eine Bauchbinde zu tragen. Mit Beginn der ersten Wehen müssen sie sogleich das Bett aufsuchen und in Rückenlage verharren, denn die Ruptur der hinteren Scheidewand tritt nicht selten beim Herumgehen oder Stehen während der Wehen auf. Um die Achse des gebärenden Uterus annähernd in die Beckeneingangsachse zu bringen, muss der Venter propendens emporgehoben werden, was am besten durch eine handbreite Binde geschieht, die um die Unterbauchgegend einerseits und um Schultern und Nacken andererseits angelegt und straff angezogen wird. Stets soll der Hängebauch emporgehoben werden, bevor irgend welche inneren Eingriffe vorgenommen werden. Die geburtshülflichen Operationen sollen bei drohender Scheidenruptur stets unter Narcose möglichst schonend und unter Vermeidung jeder Gewaltanwendung ausgeführt werden.

Die Therapie bei sub partu erfolgter Ruptur des Scheidengewölbes hat zwei Aufgaben zu erfüllen, die Entbindung der

Frucht und die Versorgung der Risswunde. Ist der Schädel bereits ins Becken eingetreten, handelt es sich um ein lebendes Kind und ist der Kopf nicht zu gross, so kann durch die Zange entbunden werden, andernfalls muss die Craniotomie in Anwendung kommen. Bei verschleppten Querlagen ist die Decapitation und eventuell Evisceration am Platze. Ist die Frucht dagegen bereits theilweise oder ganz in die Bauchhöhle ausgetreten, so ist das Kind, um eine Vergrösserung resp. Complicirung des Risses und einen weiteren Blutverlust zu vermeiden, mittelst Laparotomie zu entwickeln. Die Wundversorgung hat zwei Aufgaben zu erfüllen: die Blutung zu stillen und die Folgen einer etwa stattgehabten septischen Infection nach Thunlichkeit zu verhüten. Zur Blutstillung ist die Naht von unten her sicher das einfachste und in erster Linie anzustrebende Verfahren. Ist dasselbe nicht ausführbar, was bei Rissen im seitlichen Gewölbe sehr häufig der Fall ist, so muss man sich zunächst mit der Tamponade behelfen. Gut Dienste wird, besonders wenn ein Transport der Kranken in Aussicht steht, ein gleichzeitiger Compressivverband, über dem Abdomen angelegt, leisten. Bestehen Anzeichen einer weiteren inneren Blutung und sind insbesondere höher liegende Gefässe, z. B. im Parametrium, zerrissen, dann hat die Blutstillung per laparotomiam zu erfolgen. Dabei ist für Glättung der zerfetzten Rissränder, Abtragung abgetrennter Lappen und Drainage der Wunde zu sorgen, um einer septischen Infection nach Möglichkeit vorzubeugen. (Wiener klinische Wochenschrift 1901, 18, 19.)

Schmitt: *Ein Beitrag zur Therapie der Uterusruptur.*

Hinsichtlich der entbindenden Operation bei bestehender Uterusruptur gilt im Allgemeinen die Regel, die Geburt auf die schonendste und rascheste Weise zu beendigen, d. h. bei in utero liegender Frucht durch Extraction per vias naturales, eventuell nach Verkleinerung des kindlichen Körpers; bei ganz in die Bauchhöhle ausgetretenem Kinde per laparotomiam. Noch nicht entschieden ist dagegen die Frage, ob man auch nach erfolgter Geburt conservativ oder operativ vorgehen soll. Noch so zahlreiche Publicationen einzelner Fälle können die Frage nicht lösen; zur Klärung können nur grössere, klinische Statistiken beitragen, die alle zur Beobachtung gekommenen Fälle, unbekümmert um den Ausgang, berücksichtigen. Schmitt berichtet über 19 Fälle von spontan oder violent entstandenen Rupturen, die vom October 1891 bis Januar 1900 in der Schauta'schen Klinik beobachtet wurden; bei weitem die meisten Rupturen waren traumatisch ausserhalb der Klinik erzeugt; nur zwei Fälle können mit Sicherheit als Spontanrupturen angesprochen werden. Von den Rissen waren zehn complett, neun incomplett; 13 mal Längs- bezw. Schrägrisse, sechsmal Querrisse; von diesen betraf nur einer die hintere Wand.

Das therapeutische Eingreifen nach vollzogener Entbindung richtete sich im wesentlichen danach, ob eine stärkere Blutung bestand oder nicht; im ersteren Falle ging man operativ, sonst womöglich conservativ vor, d. h. man begnügte sich mit der Jodoformgaze. Drainage der Rissöffnung. Die completten Rupturen erwiesen sich als weit gefährlicher als die incompletten.

Von 179 Fällen verschiedener Kliniken gingen im Ganzen 34,5 Proc. in Genesung aus. Die Resultate dieser grösseren Statistik sprechen ebenso wie Schmitt's eigenes Material zu Gunsten der conservativen Drainagebehandlung mit 51,8 Proc. Genesungen, während von den Operirten nur 25 Proc. geheilt wurden.

Die Gründe für das ungünstigere Ergebniss der operativ behandelten Fälle liegen einmal darin, dass gerade die schwersten Fälle (umfängliche Zerreissungen, heftige Blutungen) operativ behandelt werden müssen und zweitens in der grossen Infectionsgefahr (Sepsis, Peritonitis). Die Gefahr der acuten Anämie tritt bei Uterusruptur entschieden hinter der Infectionsgefahr zurück. Der Ausbreitung einer Infection können wir aber am ehesten durch ausgiebige Drainage entgegenwirken, die auch vor dem rein exspectativen Verfahren (lediglich Ruhe und Eisbeutel) den Vorzug zu verdienen scheint.

Als operative Methoden kamen supracervicale Amputation, abdominale und vaginale Totalexstirpation zur Ausführung. Im allgemeinen räth Sch. in den Fällen, die nicht wegen ausgedehnter Zerreissungen oder Blutung operatives Eingreifen erfordern, sich mit der Drainage, eventuell auch durch die Uteruswunde hindurch in die Bauchhöhle, zu begnügen.

Wissenschaftliche Zusammenkunft Deutscher Aerzte in New York.

19 Ost 47. Strasse.

Sitzung vom 27. September 1901.

Vorsitzender: Dr. Gleitsmann.

Vorstellung von Patienten.

1) Dr. A. Jacobi: *Fall von Leucocythaemie.* Das Kind hier ist 6 Jahre alt. Familiengeschichte negativ. Es sind 6 Kinder vorhanden, von welchen dieses hier das fünfte ist. Es wurde bis zum 14. Monat an der Brust genährt. Als das Kind zwei Jahre alt war, hatte es einen Ausschlag, der für Masern erklärt wurde. Ungefähr an Weihnachten 1899 wure bemerkt, dass die rechte Halsseite anschwoll; die Geschwulst nahm allmählich zu

und das Kind magerte ab. Vor ungefähr jetzt einem Jahre fing der Bauch an zu schwellen, und ein Arzt, der damals das Kind sah, erklärte, dass es sich um Gasansammlung handele. Am 10. August ds. Jahres wurde das Kind dann in die Vanderbilt Clinic aufgenommen. Temperatur 100, Puls 122. Der Bauch ist stark aufgetrieben und es wird in der linken Seite eine Geschwulst entdeckt. Vor einigen Tagen stieg die Temperatur auf 101.4. Der Urin enthält kein Eiweiss, viele Phosphate und einige hyaline Cylinder; spec. Gewicht 1016. Die Blutuntersuchung ergiebt ein Verhältniss der weissen zu den rothen Blutkörperchen wie 1:50. Es sind viele Megaloblasten vorhanden. Es handelt sich augenscheinlich um einen Fall von lienaler, vielleicht myelogener Leucocythaemie.

Discussion. Dr. Heiman: Ich glaube, dass ich in diesem Falle zu dem Blutbefunde eine Aufklärung geben kann, denn klinisch sieht ja der Fall ganz bestimmt wie Leucaemie aus. Ich finde in dem Präparate die Zahl der Leucocyten vermehrt, dagegen wenige oder gar keine eosinophilen Zellen, und dies sind ja die Hauptmerkmale für Leucaemie. Ich glaube, dass es sich hier um einen Fall von Jacksch'scher Anaemie handelt, die das Zwischenglied bildet zwischen den perniciösen Anaemien und den wahren Leucaemien. — Dr. A. Jacobi: Mir scheint, dass die Tendenz zur Subdivision und zum Schmieden von neuen Namen zu weit getrieben wird. Wenn man damit fortfahren wird, jeden einzelnen Fall, der nicht genau so aussieht, wie der vorhergegangene, in eine neue Klasse einzureihen, so glaube ich, dass dies eine grosse Gefahr ist. Ich bin der Ansicht, dass wir mit der alten Eintheilung in lymphatische, lienale und myelogene Leucaemie gut genug auskommen, wenn wir uns nur klar darüber sind, dass es Uebergangsformen zwischen diesen giebt.

2) Dr. A. Jacobi: *Fall von tuberculöser Peritonitis und doppelseitiger Tuberculose der Hoden.* Dieses Kind hier ist 10 Tage lang auf meiner Abtheilung im Roosevelt Hospital gewesen. Die Personalgeschichte des Kindes ist folgende: Geburt des Kindes war schwierig und lange dauernd, Instrumente. Das Kind war bis vor einem Jahre immer gesund gewesen, wurde bis zum 9. Monat an der Brust genährt, dann Nestle und Milch. Das Kind begann vor einem Jahre, viel zu erbrechen und zwar zum Theil saure Massen, klagte über heftige Leibschmerzen, die sehr plötzlich auftraten. Vor 6 Monaten hörte das Erbrechen ziemlich schnell auf infolge, wie man glaubte, der Behandlung. Um dieselbe Zeit nahm der Bauch an Ausdehnung zu und es bildeten sich harte Massen darin. Das Kind ist in den letzten 6 Wochen schwächer geworden und der Bauch hat immer noch zugenommen. Appetit ist ziemlich gut. Jeden Tag 4—5 schleimige, übelriechende Stühle. In den letzten 5 Wochen ist der eine Testikel stark geschwollen, jetzt fängt auch der linke an zu schwellen. Die Lungen sind frei.

Discussion. Dr. Rudisch: Ueber die Diagnose besteht kein Zweifel. Die wichtige Frage ist hier, was soll man mit dem Kinde thun, soll man es expectativ behandeln, oder soll man operativ vorgehen? Ich habe einige Male gesehen, dass ein expectatives Verfahren besonders in Fällen wie dieser hier, bei dem die peritonitischen Erscheinungen nicht sehr ausgebildet sind, gute Resultate erzielte. Dasselbe kann man natürlich auch von dem operativen Vorgehen sagen. Wenn man in diesem Falle operativ vorgehen will, so müssen die Testikel entfernt und das Peritoneum eröffnet werden. Wenn man nun zugeben will, dass das Kind dadurch vielleicht geheilt werden wird, so möchte ich doch nochmals, wenn ich mich so ausdrücken darf, vom humanitären Standpunkte aus, fragen, soll man in diesem Falle operiren? Gesetzt den Fall, die Peritonitis wird auf diese Weise geheilt, was übrigens noch fraglich ist, ist es human, das Kind zu castriren, um später vielleicht ein elendes Leben zu führen? Ich würde in einem solchen Falle zur expectativen Behandlung rathen. — Dr. Moschcowitz: Der Fall hat mich ausserordentlich interessirt und habe ich daher genau untersucht. Ich will gern zugestehen, dass in einem solchen Falle die Diagnose nicht sehr leicht ist. Allein mir persönlich macht der Fall absolut nicht den Eindruck, als ob derselbe ein tuberculöser sei. Ich bin vielmehr der Ansicht, dass es sich hier um ein Sarcom mit verschiedenen Metastasen im Peritoneum handelt. Dieselbe Diagnose gilt natürlich auch für die Hoden. Es sind beide Hoden afficirt, was an und für sich schon eine ziemliche Seltenheit ist. Auf der linken Seite ist sowohl der Hoden selbst, als auch die Epididymis angegriffen, auf der rechten Seite nur der Hoden, dagegen die Epididymis nicht. Ich habe beide Hoden auch ziemlich fest gedrückt, ohne dass das Kind Schmerz dabei empfand. Bei der tuberculösen Epididymitis sind die Hoden so empfindlich, dass es der Junge wohl gesagt haben würde, wenn ich ihm Schmerz verursacht hätte. — Dr. Schmitt: Bei der zweifelhaften Diagnose wäre es erst recht indicirt, eine Laparotomie vorzunehmen. Ich selbst bin der Ansicht, dass es sich hier um Tuberculose des Peritoneums, des Netzes und der beiden Hoden handelt. Bezüglich der Therapie möchte ich mich für die Laparotomie entscheiden. — Dr. Torek: Ich möchte nur betreffs der Lage der Knoten, die man im Abdomen fühlt, noch etwas hinzufügen. Es ist als Sitz derselben Mesenterialdrüsen und Netz angegeben worden. Mir kommt es vor, als ob die meisten Knoten, die man fühlt, im Peritoneum parietale sitzen. Sie ändern ihre Lage nicht, gleichviel in welcher Lage das Kind sich befindet. Was den Zustand der Hoden anbetrifft, so muss ich mich der Meinung von Dr. Moschcowitz zum Theil anschliessen. Der Hoden sieht nicht aus wie ein tuberculöser Hoden. Sowohl Hoden wie Epididymis haben eine verhältnissmässig glatte Oberfläche, was gewöhnlich bei Tuberculose nicht der Fall ist. Was die Art der

Tumoren in der Bauchhöhle anbetrifft, so entspricht das Gefühl ganz dem, was man bei Tuberculose empfindet. Gegen Vornahme einer Laparotomie hätte ich Nichts einzuwenden, eine solche könnte nur von Vortheil sein. — Dr. Libman: Ich habe ein Symptom bemerkt, welches für die Diagnose Sarcom spricht. Es ist Oedem an den beiden Beinen vorhanden, und ein solches Oedem ohne Ascites oder nur mit geringfügigem Ascites spricht mehr für Sarcom wie für Tuberculose. — Dr. Schmitt: Die Erscheinungen, die wir constatiren können, sind zweierlei Art. Wir finden einmal eine diffuse Härte, alsdann eine Härte, die wie ein harter Strang in der Richtung des Quercolons verläuft, und die letztere ist gewiss keine parietale Verhärtung, sondern geschrumpftes Netz. — Dr. A. Jacobi: Die Bemerkungen, die Dr. Torek über den Character der Geschwülste in der Bauchhöhle gemacht hat, entsprechen genau dem, was ich häufig gesehen habe. Diese grossen kugelartigen Massen sind nur zum Theil wirklich tuberculöser Natur, zum anderen Theile sind sie das Resultat der chronischen Peritonitis. Ausschwitzungen, die Adhäsionen zwischen den Gedärmen unter sich, sowie zwischen Gedärmen und Bauchwand verursachen. Diese Massen können zum Theil später auch wieder verschwinden. Zur Diagnose Tuberculose könnte man noch folgende Punkte hinzufügen: Es sind, wie mir scheint, Schwellungen der Mesenteraldrüsen vorhanden, es war ferner im Beginne Ascites da, der wieder verschwunden ist, es handelte sich also nicht nur um Oedem der unteren Extremitäten. Sodann war auch eine Enteritis vorhanden. Das Kind hat häufige Durchfälle übelriechenden Characters gehabt. Dies spricht mehr für Tuberculose als für Sarcom. Ich werde später noch über den Fall berichten. — Dr. Gleitsmann: Ich möchte Dr. A. Jacobi fragen, ob er nicht den Fall für geeignet hält, bei ihm zuerst einen Versuch mit Tuberculin zu machen. — Dr. A. Jacobi: Ja, ich würde zunächst Tuberculin versuchen und zwar einmal zur Sicherung der Diagnose, dann aber auch vielleicht in Erwartung eines therapeutischen Erfolges.

3) Dr. Heiman stellt einen Fall von *Torticollis* vor.

Discussion. Dr. A. Jacobi: Blutungen in den M. sterno-cleido-mastoideus während der Geburt sind ja recht häufig. Angenommen, dass eine kleine Blutung vorhanden war, die von den Angehörigen nicht bemerkt wurde, so könnte der jetzige Zustand eine Folge einer secundären Myositis sein.

4) Dr. A. Jacobi: Das Mädchen hier ist 18 Jahre alt, 4 Fuss hoch und ist eines von 13 Kindern, von denen 5 noch am Leben sind. Ausserdem hat die Mutter einmal abortirt. Das Kind soll leicht und gesund zur Welt gekommen sein, soll mit 11 Monaten gegangen sein und zwar bis es 2 Jahre alt war. Um diese Zeit fiel das Kind von einem Stuhl und konnte dann ein ganzes Jahr lang nicht mehr gehen. Zur selben Zeit wurden auch

Lymphknötchenschwellungen auf beiden Seiten des Halses bemerkt. Das Kind fing dann mit 3 Jahren wieder an zu laufen, und es wurde bemerkt, dass es nicht mehr so intelligent war wie früher. Das Kind war dann verhältnissmässig wohl bis zu seinem 6. Jahre. Seit dieser Zeit ist das Mädchen nur wenig mehr gewachsen; es wurde mit 9 Jahren in die Schule geschickt, hat nur wenig gelernt, schreibt und liest ein wenig, allein meistens ohne Verständniss. Das Mädchen ist nicht menstruirt, die Brüste fangen eben an, zu schwellen. Die Schamhaare sind nicht entwickelt. Der Gemüthszustand des Mädchens ist melancholisch, es weint leicht, ist nicht heftig und nicht jähzornig. Das Mädchen war bis vor einigen Monaten sehr fett. Der Vorderkopf ist ein wenig niedrig, die Nasenwurzel ist stark eingezogen, die Augen sind ein wenig weit von einander entfernt. Der harte Gaumen ist etwas retrahirt, eine Schilddrüse ist niemals gefunden worden, die Knorpelringe der Luftröhre sind leicht durchzufühlen. Was ist nun die Ursache dieses Zustandes? Es sind zwei Möglichkeiten vorhanden. Entweder handelt es sich um einen mässigen Grad von Cretinismus, Myxoedem, oder um diesen Zustand plus einer Gehirnaffection, vielleicht herrührend von dem Falle vom Stuhl, der möglicherweise eine Gehirnerschütterung hervorgerufen hatte. Das Mädchen hat seit dem 14. August Schilddrüse genommen und seit dieser Zeit hat die Schwerfälligkeit des Gesichtes etwas abgenommen. Das Mädchen wiegt in den Kleidern 61 Pfund.

Fälle aus der Praxis.

1) Dr. Moschcowitz berichtet über einen Fall von *Carcinom an der Spitze eines operirten Appendix.*

2) Dr. Gleitsman: Der Fall, über den ich Ihnen berichten will, betrifft einen Reisenden, den seine Reisen über die ganze Welt führen. Der Mann stand in der Mitte der dreissiger Jahre und hatte vor 15 oder 16 Jahren Syphilis acquirirt, die Anfangs nur mässige Symptome machte und ihm in der ganzen langen Zeit einmal Beschwerden an der Tibia verursachte, nach welcher Attaque er für 11 oder 12 Jahre ganz frei blieb. In Brasilien bekam er plötzlich Athembeschwerden und verlor plötzlich und über Nacht vollständig seine Stimme. Damals wurde eine Recurrensparalyse constatirt. Die Aerzte sprachen sich dahin aus, dass eine Bronchostenose vorhanden sei, die einen Druck auf den Recurrens ausübe. Als der Patient zu mir kam, war er absolut stimmlos und es bestand ausgeprägte Recurrensparalyse. Ich behandelte den Patienten antisyphilitisch und local. Die Recurrensparalyse verwandelte sich in eine einseitige Abductorparese und Patient bekam vollständig seine Stimme wieder. Subjective Erscheinungen infolge der Glottisverengung hat der Mann absolut keine, ausser dass er bei heftigen Bewegungen, beim Treppensteigen, bei Erregungen etc. eine geräuschvolle Athmung

hat. Woher die Paralyse kam, war mir im Ganzen etwas unklar, die Darstellung des Patienten und was er von seinen früheren Aerzten erzählte, genügte mir nicht. Ich schickte ihn deshalb zu einem Collegen und dieser stellte die Diagnose syphilitische Bronchostenose. Diese ist jedenfalls durch die antisyphilitische Behandlung zurückgegangen. Die Adductoren erholten sich wieder, dagegen blieben die Abductoren gelähmt.

A. Ripperger, Secretär.

Feuilleton.

† Adolf Kussmaul.

Am 27. Mai starb in Heidelberg Adolf Kussmaul, wenige Monate nachdem die ärztliche Welt Gelegenheit hatte, dem gefeierten Arzt und Gelehrten zum 80sten Geburtstag ihre Huldigung darzubringen.

Mit Kussmaul geht einer der Grossen dahin, deren Namen unauslöschlich in den Annalen der Medicin eingetragen sind. Zugleich Naturforscher und Philosoph, war er reich mit all den Eigenschaften des Geistes und Gemüthes ausgestattet, die ihn in gleicher Weise zum wissenschaftlichen Forscher, wie zum Lehrer und zum Arzt befähigten. Im persönlichen Verkehr mit ihm drängte sich oft unwillkürlich die Frage auf, wo er am grössten sei, in der wissenschaftlichen Arbeit, in der Lehrthätigkeit oder am Krankenbett. Aber nach allen Seiten gleichbedeutend, war sein Wesen so ausgeglichen und harmonisch abgestimmt, dass man ihn doch nur als ganze Persönlichkeit nehmen konnte, als einen Mann, der mit eiserner Energie in unermüdlicher, über ein halbes Jahrhundert währender, intensiver Arbeit seine reichen Fähigkeiten zur höchsten Entwicklung gebracht hatte und den sein tiefer sittlicher Ernst und seine, auf ächter Herzensgüte ruhende humane Gesinnung auf eine Höhe hoben, die nur Wenigen zu erreichen gegeben ist — er war ein Fürst in seinem Gebiet.

Als ich als Student im Jahre 1882 Kussmaul zum ersten Mal sah, stand er auf der Höhe seines Ruhmes und seines Könnens. Vom ersten Tage ab fesselte mich die abgeklärte Weisheit und die liebenswürdige Persönlichkeit des klinischen Lehrers in solcher Weise, dass sogleich der Entschluss in mir reifte, meine ganze Arbeitskraft während der klinischen Studienjahre einzusetzen, um einmal sein Assistent zu werden. Dass es mir gelang, verdanke ich in erster Linie seinem Gerechtigkeitssinn. Ich hatte Niemanden, der mich protegiren konnte. Jedoch Protection galt bei ihm nichts. Er selbst hatte nichts in seinem Leben der Protection zu verdanken, er hatte sich alles in harter, ehrlicher Arbeit selbst erkämpft. So wählte er auch seine Assi-

stenten aus der Reihe der Studenten, die gearbeitet hatten und überliess sie später, nachdem sie die Klinik verlassen und in die Praxis eingetreten waren, ihrer eigenen Kraft. Wie Alle, die unter ihm gearbeitet, habe auch ich während der Assistentenjahre an seiner Klinik eine solche Fülle von Eindrücken gewonnen, dass sie mir für's Leben ein unerschöpflicher Schatz bleiben werden.

Wenn ich jetzt dem verehrten Lehrer, der mir bis zuletzt ein väterlicher Freund war, diesen Nachruf widme, so bin ich mir wohl bewusst, dass meine Feder nicht genügt, seine Grösse und Bedeutung zu würdigen. Es bedarf ja wohl auch kaum der ausführlichen Darlegung, was Kussmaul wissenschaftlich geleistet; das ist Gemeingut der Aerzte geworden. Der Raum dieser Zeitschrift würde zu einer solchen Darlegung auch nicht ausreichen. Fleiner hat in dem Kussmaul zum 80sten Geburtstag gewidmeten Festband des Deutsch. Arch. f. klin. Medicin (Bd. 73) sämmtliche literarische Schriften Kussmaul's zusammengestellt und besprochen. Wer sich die Mühe nimmt, diesen circa 90 Seiten umfassenden Rückblick durchzulesen, wird erstaunt sein über die ausserordentliche Vielseitigkeit seiner Arbeit und vor Allem auch darüber, dass fast alle Veröffentlichungen Kussmaul's dauernden Werth behalten. Von der ersten, als Student im Jahre 1843—'44 verfassten Preisarbeit: „Die Farbenerscheinungen im Grunde des menschlichen Auges", welche eine der wichtigsten Vorarbeiten zur Entdeckung des Augenspiegels bildet, bis zu der letzten, im Januar 1900 in der Therapie der Gegenwart mitgetheilten interessanten Schrift: „Ueber lange fortgesetzte Anwendung kleiner Digitalisgaben", sind sie alle wichtige Beiträge zur wissenschaftlichen Medicin. Es ist bezeichnend für Kussmaul's Eigenart, dass er fast nichts von dem, was er in seinen Arbeiten niedergeschrieben, hat ändern oder zurücknehmen müssen. Was er mit seiner selten scharfen Beobachtungsgabe erfasst und mit der in unbestechlicher Wahrheitsliebe wurzelnden Selbstcritik geprüft und gesichtet hatte, das wusste er auch in klare Form zu fassen und in einer Sprache auszudrücken, die in wissenschaftlichen Abhandlungen leider allzuselten ist.

Es giebt kein Gebiet der Medicin, auf dem er nicht gearbeitet, kaum ein Specialgebiet, auf dem er nicht fördernd und oft bahnbrechend eingegriffen hätte. Experimentelles und klinisches, pathologisch-anatomisches und physiologisches, diagnostisches und therapeutisches; interne Medicin und Chirurgie, Gynäcologie und Pädiatrie, Psychiatrie und Neurologie, Pharmacologie und Toxicologie, gerichtliche Medicin und Epidemiologie — er war in allen Sätteln gleich gewandt und wurde allen Anforderungen ächter Forschung gleich gerecht, in monographischer Bearbeitung so gut wie in casuistischen Mittheilungen und selbst in populären Darstellungen, wie z. B. in seinen

vortrefflichen „Briefen über die Menschen- und Kuhpockenimpfung."

Als Landarzt in angestrengter Thätigkeit publicirte er neben Mittheilungen über Ruhr, über Typhus, über Stomatitis septica, über Gallensteinkolik und Phlebitis hepatica u. s. w. als der erste Fälle jener bösartigen Erkrankung, welche 2 Jahre später durch die Abhandlung Chassaignac's als acute Osteomyelitis allgemein bekannt wurde. Als er dann nach schwerer Erkrankung die Landpraxis aufgab und sich wieder zur Universität wandte, folgte eine Periode experimenteller Arbeiten, von denen, neben den „Untersuchungen über den Einfluss der Blutströmung auf die Bewegungen der Iris" u. A., hauptsächlich zu nennen sind seine „Untersuchungen über den Ursprung und das Wesen der Fallsucht", ein wahrhaft klassisches Muster experimenteller Forschung, welche zum ersten Mal Licht warf auf die bis dahin dunkle Pathogenese der Epilepsie. Derselben arbeitsreichen Docentenzeit in Heidelberg, wo er über gerichtliche Medicin, über Arzneimittellehre und Toxicologie vortrug, entstammen patholog.-anatom. Arbeiten, wie die „Ueber die Todtenstarre und Muskelstarre"; pharmacologische, wie die „Ueber einige Bestandtheile des Fliegenschwamms." In derselben Zeit entstand auch das heute noch mustergiltige, für den Geburtshelfer und Gynäcologen unentbehrliche Werk: „Von dem Mangel, der Verkümmerung und der Verdoppelung der Gebärmutter."

Dass Kussmaul sich nach dieser Arbeit nicht dauernd der Geburtshülfe zugewandt, wie sein Lehrer Nägele ihm schon als Student gerathen hatte, ist dem Zufall zuzuschreiben, dass als er auf der Naturforscher-Versammlung in Bonn über seine Versuche über die Fallsucht vortrug, Gerlach den scharfsinnigen jungen Gelehrten zum internen Kliniker für Erlangen gewann. Dort führte er sich ein mit einem Vortrag: „Untersuchungen über das Seelenleben des neugeborenen Menschen", in welchem er als der erste den Nachweis der Intelligenz beim Neugeborenen führte.

Die nun folgende Thätigkeit als Kliniker in Erlangen und später in Freiburg und Strassburg ist hauptsächlich der internen Medicin gewidmet, die er diagnostisch und therapeutisch in gleicher Weise förderte.

In Erlangen erledigte er eine alte Streitfrage, die oft die Behandlung der Syphilis durch Quecksilber bedroht hatte, indem er durch genaues Studium an den Arbeitern der Erlanger und Fürther Spiegelfabriken ein für alle Mal den unzweifelhaften Beweis erbrachte, dass Syphilis und chronischer Mercurialismus absolut verschiedene und von einander unabhängige Krankheiten darstellen. Dort schrieb er auch eine Serie von Abhandlungen über Erkrankungen der Nieren und der Harnwege.

Aus Freiburg sind zunächst Krankheiten des Herzens und der Gefässe zu erwähnen. Kussmaul war der erste, welcher die Diagnose der Embolie der Arteria mesenterica am Lebenden

stellte. Er publicirte über „Fälle von spontaner, allgemeiner Verschliessung der grossen Halsarterien"; über „Angeborene Enge und Verschluss der Lungenarterien." Er schuf neue, scharfgezeichnete Krankheitsbilder, wie „Die schwielige Mediastino pericarditis und der paradoxe Puls" und „Die Periarteriitis nodosa." Unter die von Kussmaul zuerst beschriebenen, für immer mit seinem Namen verknüpften Krankheitsbilder gehört auch der Symptomencomplex des „Coma diabeticum" und die von Strassburg aus beschriebene „Sialodochitis fibrinosa." Aus der Freiburger Zeit sind noch zu erwähnen: „Beiträge zur Klinik der Gallensteinkrankheit; über chronischen Saturnismus; über Echinococcen; über Wurstvergiftung; Untersuchungen über die Aschenbestandtheile der Lungen und Bronchialdrüsen."

Als in den 60er Jahren das Studium der Krankheiten des Centralnervensystems aufgenommen wurde, nahm er lebhaften Antheil an dieser Bewegung, unter Anderem mit mehreren Abhandlungen über Tetanie, mit seinem meisterhaften klinischen Vortrag: „Ueber die fortschreitende Bulbärparalyse und ihr Verhältniss zur progressiven Muskelatrophie", vor Allem aber mit der später in Strassburg herausgegebenen Monographie: „Die Störungen der Sprache." Nach Form und Inhalt das reifste Werk des Meisters, ist dieses Buch in wahrhaft klassischer, oft poetisch schöner Sprache geschrieben und stellt ein grosses Gebiet in so erschöpfender Weise dar, dass es eine gleich reiche Fundgrube bietet für den Pathologen, wie für den Internisten, für den Psychiater, wie für den Philologen und Philosophen. Solche Arbeiten sichern ihm für immer einen Platz in der Reihe der grossen Kliniker.

Aber mehr noch als durch diese Arbeiten wurde unter den Zeitgenossen sein Ruhm verbreitet durch seine therapeutischen Leistungen. Kussmaul war geborener Therapeut. So gross der Forscher in ihm war, und so Grosses er auf wissenschaftlichem Gebiet geleistet, er war in erster Linie doch Arzt. Als Sohn eines Arztes, den er als seinen besten Lehrer verehrte, Jahre lang selbst als practischer Arzt auf dem Lande arbeitend, war er vertraut mit dem was die practische Thätigkeit erforderte und hat während einer langen wissenschaftlichen Laufbahn nie die Fühlung mit der allgemeinen Praxis verloren. Kranken zu helfen, Unheilbare zu lindern, das schien ihm sein ganzes Leben hindurch doch die Hauptsache. Dieser Aufgabe wurde alles andere untergeordnet. Seine Klinik war in erster Linie Krankenanstalt, in zweiter Lehranstalt, und erst in dritter Linie wissenschaftliches Institut. Dass die wissenschaftliche Thätigkeit darunter nicht gelitten, das zeigen neben Kussmaul's eigenen Arbeiten die zahlreichen, vollwerthigen Mittheilungen, die von seiner Klinik aus durch Assistenten und Studenten publicirt wurden. Aber alle Arbeit diente nur dem

einen Zweck, die Heilkunde zu fördern. Alle Bestrebungen, Krankheiten zu erkennen, gewinnen erst einen Werth, wenn sie eine Handhabe zur Behandlung bieten. Und zur Behandlung war ihm jedes Mittel recht. Wo wissenschaftlich geläuterte Methoden versagten, stützte Kussmaul sich auf reine Empirie. Wissenschaft und Kunst in glücklichster Weise in sich vereinend, von strenger Pflichttreue und ächter Menschenliebe beseelt, von früher Jugend bis in sein hohes Alter ein begeisterter Arzt, hat er in hippocratischer Manier seine therapeutischen Gedanken nicht am Schreibtisch, sondern am Krankenbett gefasst. Vieles von dem, was heute Gemeingut der Aerzte geworden, verdanken wir Kussmaul's therapeutischem Genie. So z. B. das Füttern von Säuglingen mit Schnupfen durch die Schlundsonde.

Kussmaul war der erste, welcher in Deutschland für die operative Behandlung der Pleuritis und des Empyems eintrat und bei der Ausbildung der Indicationsstellung und der Operationsmethoden eifrig mitwirkte. Da der damalige Freiburger Chirurg die von Kussmaul vorgeschlagene Operation ablehnte, führte er die Operation an seinen Kranken selbst aus. Kussmaul war der Chirurgie sehr zugeneigt; es wurde viel auf seiner Klinik operirt. Als später in den 80er Jahren die operative Behandlung bei Abdominalkrankheiten in Aufnahme kam, war seine Klinik wohl die erste, die mit wahrem Feuereifer an die Klärung der einschlägigen Verhältnisse ging. Mir ist lebhaft ein Fall meiner Abtheilung ins Gedächtniss eingeprägt, welcher im Winter 1886—'87 mit vom Appendix ausgehender Perforationsperitonitis eingeliefert wurde und der von Lücke unter Protest nur dem energischen Drängen Kussmaul's folgend operirt und geheilt wurde. Er ist einer der ersten der so behandelten Fälle. Im selben Winter wurde die Perforation von typhösen Darmgeschwüren operativ angegriffen, wurde einer der ersten Fälle von Gallenblasenempyem operirt und geheilt. Vor allem aber wurde die wohl empfohlene, an anderen Orten aber kaum geübte Gastroenterostomie in ausgedehnter Weise angewandt, insbesondere auch zur Behandlung der gutartigen Pylorusstenose, beim Magengeschwür u. s. w.

Die höchste therapeutische Leistung Kussmaul's bildet die Einführung der Magenspülung. Er hat sie am Krankenbett ersonnen, als er eine Patientin mit hochgradiger Magenerweiterung in einer Weise leiden sah, die uns Jüngeren seit Bekanntmachung seiner neuen Behandlungsmethode völlig fremd geworden ist. Durch die Empfehlung der Magenausheberung zu diagnostischen und therapeutischen Zwecken hat Kussmaul der Medicin ein neues und grosses Gebiet eröffnet, zu dessen Bebauung er selbst dann am eifrigsten mitgeschafft hat. In seiner im Jahre 1869 gedruckten, berühmten Arbeit: „Ueber die Behandlung der Magenerweiterung durch eine neue Methode mittelst der Magenpumpe", sowie in dem aus Strassburg stammenden Vortrag

„Ueber die peristaltische Unruhe des Magens" hat er die wichtigsten Steine zu dem Fundament zusammengetragen, auf welchem die heutige Lehre von den Magenkrankheiten aufgebaut ist. Auf seine Anregung erfolgten auch die in seiner Klinik von v. d. Velden, und später von Cahn und von Mering ausgeführten Untersuchungen über das Verhalten der Säuren im Magen, welche so sehr fruchtbringend auf das neue Gebiet wirkten, sowie vieles Andere, das in diesem kurzen Bericht auch nur anzudeuten kaum möglich ist. Es sei nur erwähnt, dass er schon Ende der 60er Jahre versuchte, „den Oesophagus und selbst das innere des Magens zu spiegeln", und dass er, wie seine jüngst von Kilian veröffentlichten Bilder beweisen, 1868 die erste directe Oesophagoscopie mit Erfolg durchgeführt hat. Er war auch der erste, der eine Electrode in den Magen einbrachte. Von therapeutischem aus diesem Gebiet seien noch genannt: die durch Malbranc publicirte Verwendung der Magendouche, die Behandlung des Ileus mittelst Magenspülung, welche A. Cahn beschrieben hat, sowie die Wismuthbehandlung des chronischen Magengeschwürs und die Behandlung der Constipation mit Oelklystieren, welche durch Fleiner's Arbeiten bekannt gegeben wurden.

Ich muss es darauf beruhen lassen, aus der ungemein fruchtbaren publicistischen Thätigkeit Kussmaul's, wenn nicht alle, so doch einen Theil der Arbeiten dem Titel nach genannt zu haben; noch kann ich die unter seinem Einfluss entstandenen Arbeiten seiner Schule hier aufführen, oder von dem Vielen sprechen, was nicht veröffentlicht wurde, was sich aber traditionell aus der Kussmaul'schen Klinik in der Praxis fortgepflanzt hat.

Eben so wenig ist es an dieser Stelle möglich, den Entwicklungsgang und das Leben des grossen Mannes zu besprechen, so verlockend die Aufgabe auch erscheint. Kussmaul selbst hat vor einigen Jahren in den „Jugenderinnerungen eines alten Arztes" seine Jugend und die Zeit seiner medicinischen Ausbildung geschildert und dabei seinen Lehreren ein Denkmal dankbarer Verehrung gesetzt. Das Buch giebt zugleich eine fesselnde Darstellung der damaligen Zeit und Studienverhältnisse und ist weit über die ärztlichen Kreise hinaus in der gebildeten Welt Deutschlands zur Lieblings-Lectüre geworden. Die hier bekundete hohe literarische Begabung Kussmaul's, die sich auch in seinen wissenschaftlichen Arbeiten spiegelt, tritt ebenso scharf zu Tage in seinen academischen Reden: „Ueber die Entwicklungsphasen der exacten Medicin; über die Ursachen und den Gang unseres Ablebens", sowie in seiner meisterhaften Gedächtnissrede für Benedict Stilling, in welcher er die Bedeutung des damals viel verkannten genialen Forschers in das rechte Licht rückte. Sie documentirt sich nach der humorvollen Seite in den Liedern, mit denen er das Commersbuch beschenkt, sowie in der

Gedichtsammlung: „Poetische Jugensünden" von Dr. Oribasius und in der Gestalt des Biedermeier, deren Schöpfer er ist. Dass sein schriftstellerisches Talent dem unermüdlich bis in sein hohes Alter schaffenden, geistvollen Mann treu blieb, dafür zeugt ein Aufsatz, der erst vor wenigen Monaten in der Deutschen Revue (Jan. 1902) erschien: „Ein Dreigestirn grosser Naturforscher an der Heidelberger Universität im 19. Jahrhundert" —, in welchem Helmholtz, Kirchhoff und Bunsen gefeiert werden.

Kussmaul hat auch bei seinen Schülern darauf gedrungen, dass wissenschaftliche Darlegungen literarisch gründlich durchgearbeitet wurden. Der mit Arbeiten und Pflichten überreich belastete Mann hat auch in seiner beschäftigsten Zeit immer sich Stunden abgerungen, in welchen er mit Assistenten oder Studenten Manuscripte nicht durchsah, sondern durcharbeitete. Keine Mühe war ihm zu viel das oft mehrmals umgearbeitete Manuscript aufs Neue durch zu gehen, und wenn man sich schliesslich auf einen knappen, das hauptsächliche gebenden Inhalt geeinigt hatte, dann wurde mit scharfer Kritik jeder Satz und jedes Wort beleuchtet und geprüft. Unter dem Vielen, was seine Schüler ihm danken, zählt auch, dass er sie lehrte zu publiciren. Und zwar nicht nur nach der Seite der Darstellung. Mit seinem Scharfsinn die Begabung des Einzelnen bald erkennend, hat er es immer verstanden, jedem die für seine Eigenart passende Anregung zu geben. Auf allen Gebieten der Medicin zu Hause, war er bis zuletzt voll von Ideen aller Art und hat seinen Schülern immer mehr Aufgaben gestellt, als auch nur einer unter ihnen hätte ausführen können. Es darf vielleicht auch betont werden, dass er sich nie die Arbeit eines Assistenten zu Nutze gemacht hat. Was er unter seinem Namen publicirte, war ausschliesslich eigne Arbeit. Dagegen hat er aus dem Vollen schöpfend Vieles von seinen Ideen und Gedanken seinen Schülern zur Veröffentlichung überlassen, wie eine Anzahl der aus seiner Klinik stammenden Arbeiten ohne weiteres zeigen. Aber der Schüler musste das neidlos gegebene selbstständig durcharbeiten und sich zu eigen machen, ehe er es veröffentlichen konnte. Und dabei durfte er sich der helfenden Hand und der steten Aufmunterung des Meisters erfreuen. Seine Schüler haben nie die kalte Kritik erfahren, mit der so mancher der sich gross Dünkenden den Jüngeren entmuthigt; nein, auch da, wo der Schüler zweifelnd wurde, hat der lobende und erhebende Zuspruch des Lehrers ihn zur Vollendung der Arbeit überredet. So bildete er seine Schüler zur Selbstständigkeit aus.

Und Selbstständigkeit verlangte er von ihnen auch am Krankenbett. Wenn ich die Bedeutung Kussmaul's als Lehrer auch nur flüchtig skizziren soll, so muss ich gerade diesen Punkt scharf betonen. An seiner Klinik war jeder Assistent der Chef seiner eigenen Abtheilung, Kussmaul waltete über dem Gan-

zen als consultirender Arzt. Es war sein höchster Stolz, gute Aerzte auszubilden; darauf war auch sein klinischer Unterricht zugeschnitten. In dem letzten Strassburger Semester seiner Lehrthätigkeit hat er oft mit uns von der Kunst, klinisch zu lehren, gesprochen. Er hatte sich früh von der systematischen Form des klinischen Unterrichtes losgemacht; die systematische Darstellung der Krankheitsbilder gab er in mustergültiger Weise in seinen Vorlesungen über specielle Capitel der inneren Medicin. Bei der klinischen Vorstellung aber sprach er nie über Krankheiten, sondern nur über den einzelnen vorgestellten Krankheitsfall. Ein vollendeter Meister im Individualisiren, verstand er es, einen Fall in so erschöpfender und dabei didactisch und pädagogisch fesselnder Weise vorzuführen, dass der Zuhörer das Bild, welches er vor seinen Augen entstehen sah, nicht bald vergessen konnte. Kussmaul pflegte zu sagen, es sei ihm nicht darum zu thun, die Studenten am Ende eines Semesters mit einer gewissen Summe von Kenntnissen zu entlassen. Kenntnisse könne jeder sich selbst erwerben. Aber er hat sie die Methode gelehrt, wie man einem Krankheitsfall gegenübertritt, sich mit ihm vertraut macht und wie man ihn dann zu behandeln hat. Gewissenhaft wie in seiner wissenschaftlichen und ärztlichen Thätigkeit, nahm er auch sein Lehramt sehr ernst. Bis in das letzte Semester bereitete der sein Gebiet so glänzend beherrschende Gelehrte sich für die klinischen Vorlesungen sorgfältig vor. Am schärfsten trat das in seinen Epierisen nach Autopsien hervor, die denn am lehrreichsten waren, wenn er sich in der Diagnose geirrt hatte und an der Hand der Krankengeschichte und des Obductionsbefundes in lichtvoller Weise darlegte, wieso es gekommen, dass er sich geirrt. Indem dieser Diagnostiker ersten Ranges in offener, unverblümter Weise seine eigenen Fehler demonstrirte, lehrte er die Studenten, dass es in der Medicin keinen Autoritätsglauben geben soll. Er führte den Studenten auch in anderer Weise die Schwierigkeiten vor Augen, die ihnen in der Praxis bevorstehen, indem er mit Vorliebe solche Fälle in der Klinik besprach, bei denen er keine sichere Diagnose stellen konnte, oft mehrmals hintereinander, wenn er inzwischen seine Meinung änderte, oft auch die Vorlesung mit dem Bekenntniss abschliessend, dass er zu keiner Klarheit gekommen sei. Aber er beschränkte sich nicht darauf, die Kunst und Schwierigkeiten der Diagnose vor seinen Zuhörern zu beleuchten. Er liess sich keine Gelegenheit entgehen, die Ethik und die idealen Seiten des ärztlichen Berufes zu betonen, die in ihm selbst ihren idealsten Vertreter unserer Zeit fanden. Und dann gab er mit vollen Händen aus seinem reichen therapeutischen Schatz. An seiner Klinik, an der jede wissenschaftliche Methode der Untersuchung betrieben und jede Neuerung von dem immer fortschrittlich gesinnten Manne sofort aufgenommen wurde, fand auch jede therapeutische Methode ihr Heim. Ich habe schon betont, dass Kussmaul operativer Behandlung sehr zugeneigt war.

Neben dem pharmacologischen Apparat, dem alten und dem modernen, wurden alle mechanischen und physicalischen Heilmethoden benutzt, neben Massage und Electrotherapie, namentlich auch in vollstem Maasse Hydrotherapie gepflegt. Ist es doch hauptsächlich seinem Einfluss zu verdanken, dass heute an den deutschen Hochschulen besondere Lehrstühle für Hydrotherapie eingerichtet sind.

Wie kaum ein anderer in der Diätetik bewandert, besprach er immer sorgfältig die Ernährungsfragen und zeigte unermüdlich durch Lehre und Beispiel, wie viel die Krankenpflege im weitesten Sinne für den Arzt bedeutet. Es berührt eigenthümlich, wenn man gegenwärtig so häufig liest, dass die Medicin durch die Betonung und systematische Bearbeitung der physicalischen Heilmethoden und der Krankenpflege in ein neues Fahrwasser getreten sei. Zum Theil sind diese Methoden seit Hippocrates geübt worden und wer auf der Kussmaul'schen Klinik verkehrt hat, weiss, dass sie dort alle in vollster Blüthe standen.

Um Kussmaul ganz würdigen zu können, muss man ihn am Krankenbett gesehen haben; da entfaltete sich der ganze Zauber seiner Persönlichkeit. Wohlthätig im besten Sinne des Wortes, aus innerstem Herzen human, gab er den Armen im Hospital sein ganzes Wissen und Können in ebenso freier Weise und mit ebenso viel Güte und Liebenswürdigkeit, wie den Reichen und Grossen dieser Welt, die aus aller Herren Länder zu ihm strömten. Er kannte jeden Patienten seiner Abtheilung ganz genau. Peinlich gründlich in Untersuchung und sorgfältiger Erwägung, schnell und sicher im Entschluss und Handeln, war sein ganzes Wesen erwärmt von so viel Milde und Güte, dass er sich im Sturm das Vertrauen und die Zuneigung seiner Patienten erwarb. In Baden, im Elsass und in der Pfalz, wo der Haupttheil seiner ärztlichen Praxis sich abspielte, wird sein Name im Volke für lange Zeit unvergessen bleiben.

Dieselbe Liebenswürdigkeit athmete sein Wesen auch ausserhalb der ärztlichen Thätigkeit. Auf dem Lande aufgewachsen, ein grosser Freund der Natur und ausgezeichneter Kenner der Pflanzenwelt, hatte er einen offenen Sinn für alles Gute und Schöne im Leben und war immer, auch in seiner arbeitsreichsten Zeit bereit, in fröhlicher Geselligkeit mit Gleichgesinnten sich Erholung zu suchen. Unvergesslich sind die Stunden, wo in seinem gastlichen Haus beim Glase Wein sein vortreffliches Erzählertalent uns Jungen die Herzen öffnete und wir uns dem väterlichen Freund, nicht dem Gelehrten und dem Professor, gegenüber fühlten. Ein treuer, väterlicher Freund ist er uns allen geblieben und lange nachdem wir Assistenten die Klinik verlassen hatten, wandten wir uns, wenn wir Rath suchten, immer vertrauensvoll an den alten Lehrer. So wird er uns in der Erinnerung leben, als ein selten reiner, seelensguter Mensch, als hervorragender Forscher und Lehrer, vor Allem aber als ein idealer Arzt.

Dr. J. Kaufmann.

Therapeutische und klinische Notizen.

— *Zur Organotherapie der Fettstühle bei Pancreaserkrankung* liefert H. Salomon einen interessanten Beitrag. (Berliner klin. Wochenschr. 1902, No. 3.) In der Literatur sind einige Fälle beschrieben, in denen hochgradige Störungen der Fettresorption ohne Icterus sich mit Diabetes mellitus vereinten. Obgleich die vorliegenden Sectionsbefunde noch weit spärlicher als die klinischen Befunde sind, darf man bei dieser Combination von hochgradiger Steatorrhoe (Fettstuhl) und Diabetes die Erkrankung des Pankreas, insbesondere das Versiegen der Secretion oder den Abschluss des pankreatischen Saftes vom Darm als sicher annehmen. Minkowski und Abelmann zeigten, dass nach Totalexstirpation des Pankreas bei Hunden die Fettresorption nahezu völlig aufgehoben ist, so dass verfüttertes Fett fast quantitativ wieder ausgeschieden wird. Gleichzeitige Fütterung von Pankreassubstanz besserte die Fettresoprtion wesentlich. So hochgradige Beeinträchtigung der letzteren, wie sie Minkowski und Abelmann nach Totalexstirpation der Bauchspeicheldrüse fanden, ist beim Menschen kaum beobachtet worden. Doch blieb die Intensität der Störung in den von S. geschilderten Fällen in gewissen Stadien der Krankheit nicht weit dahinter zurück.

Schon vor den Thierversuchen von Minkowski und Abelmann hatte Fles einem Patienten mit Pankreaserkrankung die Substanz der Bauchspeicheldrüse zu therapeutischen Zwecken verabfolgt. Die Steatorrhoe verminderte sich unter dieser Behandlung. Einige Jahre später berichtete Langdon-Down über Erfolge, die er in einem ähnlichen Falle nicht mit Pankreassubstanz, sondern mit Pankreatin erzielt hatte.

Bei der Umständlichkeit der Darreichung frischer Pankreasdrüse machte sich natürlich das Bedürfniss einer bequemeren Form der Medication geltend, und mehrere Forscher zogen Pankreatinpräparate verschiedener Herkunft in Anwendung.

Der erste Versuch, die Pankreasdrüsensubstanz durch eines der käuflichen Pankreatinpräparate zu ersetzen, hatte das nicht unerwartete Schicksal vieler seiner Vorgänger, über die von Noorden's reiche Erfahrung auf diesem Gebiete berichtet: eine Wirkung auf die Steatorrhoe trat nicht zu Tage.

Ganz anders wurde das Resultat in dem von S. eingehends geschilderten Falle einer 50jährigen Patientin, als das Pankreatin-Rhenania in Anwendung gezogen wurde (5 mal 0,25 g pro die). Die mit blossem Auge sichtbare Aenderung der Stühle waren dabei ebenso evident als früher unter dem Gebrauch der Pankreasdrüse.

Aus den angeführten Versuchen erhellt, dass bei der Kranken für gewöhnlich — von einer etwas aus der Reihe fallenden Verschlimmerung abgesehen — die Fettausfuhr im Koth zwischen 52 Proc. und 49 Proc. der Zufuhr schwankte. Bei Darreichung von Pankreasdrüse oder auch von Pankreatin-Rhenania verringerte sich der Verlust auf 19,7 resp. 17,3 Proc. des zugeführten Fetts. Ebenso besserte sich unter der Organotherapie sehr erheblich die N-Resorption. Die N-Bilanz wurde stets positiv.

Bemerkenswerth erscheint, dass die Wirkung des Pankreatins ebenso

wie ja auch der Pankreasdrüse eine so ausgesprochene war, obwohl gegen die Wirkung des Magensafts keinerlei schützende Maassnahmen, wie sie in Glutoidcapseln etc. zur Verfügung stehen, getroffen wurden.

Die Kranke wurde nach Hause entlassen mit dem Rath, grössere Mengen von Kohlehydraten sowie Zucker und Mehlspeisen, ebenso den reichlicheren Genuss von Fett zu meiden. Es wurde ihr ferner der Weitergebrauch des Pankreatins vorgeschrieben.

Mittlerweile hatte die Actiengesellschaft Rhenania (Dr. Thomas und Dr. Weber) aus theoretischen Gründen versucht, das Pankreatin in eine für den Magensaft unangreifbare Form zu bringen, und es war dies durch Verbindung des Pankreatins mit 10 Proc. Tannin zu dem sogenannten *Pankreon* gelungen.

Von diesem Präparat hat dann Patientin seit September 1900 5 mal 1 gr pro Tag genommen, bis sie sich am 18. IV. 1901 abermals in das Städtische Krankenhaus aufnehmen liess. Sie hatte sich ihrer Angabe nach zu Hause viel wohler gefühlt und hatte die Darmbeschwerden, insbesondere das Kollern und Rumoren im Leibe gänzlich verloren. Dagegen hatten sich vermehrtes Hunger- und Durstgefühl eingestellt, und es hatte nach ärztlicher Angabe die Glycosurie erheblich zugenommen.

Der körperliche Zustand war im Wesentlichen derselbe wie bei der Entlassung im Jahre 1900, das Körpergewicht betrug 41,5 kgr (gegen 43,7 bei der Entlassung im Vorjahre), dagegen war der Kräftezustand ein besserer als vordem, und Patientin konnte längere Spaziergänge ohne Beschwerden ausführen.

Der Zuckergehalt des Urins betrug bei strenger Diät + 3 × 25 gr. Weissbrod 1,8 Proc. in einer Harnmenge von 1350. Durch Entziehung der Kohlehydrate liess sich der Zuckergehalt leicht auf Null herabdrucken.

In der Vorperiode, ohne Medicamente, war diesmal die Fettausscheidung nicht so hoch als früher in therapeutisch unbeeinflussten Perioden. Die Stühle entbehrten der mit blossem Auge sichtbaren Fettschichten, wenn sie auch noch hellgrau, glänzend und reichlich waren. Der halbjährige Pankreongebrauch hatte offenbar günstig auf die Resorptionsverhältnisse im Darmcanal eingewirkt, es war eine gewisse Erholung der fettverdauernden Functionen eingetreten.

In der Hauptperiode dieses Versuches (mit Pankreonbehandlung) ist die Stickstoffbilanz weniger ausgesprochen ins Positive umgeschlagen als in früheren Versuchen. Der günstige Einfluss des Pankreons auf die Stickstoffresorption tritt aber auch hier zu Tage. Denn der Stuhl der Pankreonperiode enthielt nur 7,6 gr N gegen 23,6 gr in der Vorperiode.

In einem zweiten Falle hat S. in einer Reihe von Untersuchungsperioden durchaus entsprechende Resultate erhalten, wie in dem zuvor geschilderten. Er möchte hier nur die Acetonwerthe der Kranken, mit und ohne Pankreongebrauch, zur Kenntniss bringen, weil dieselben einen guten Maassstab für die Wirkung des Pankreons auf die Fettresorption abgeben.

Durch neuere Arbeiten ist die Entstehung der Acetonkörper beim Diabetiker aus Fett wahrscheinlich gemacht worden. Wenn diese Annahme richtig, so war zu erwarten, dass die Patientin in der Pankreas-

periode, in der sie viel Fett resorbirte, mehr Aceton ausscheiden würde, als in pankreonfreier Zeit, in der sie nur sehr wenig Fett zu resorbiren im Stande war. Dies traf in der That zu, wie die Beobachtung zeigt. Das Harnaceton (nach Messinger bestimmt) zeigte in der therapeutisch unbeeinflussten Zeit Werthe von Centigrammen bis zu 2 Decigrammen und erhob sich während der Darreichung von Pankreasdrüse resp. Pankreon bis zu einem vielfachen jenes Werthes.

Genauere Untersuchungen über diese nach vielen Richtungen hin bemerkenswerthen Krankheitsfälle und über weitere ähnliche Fälle wird S. in einer ausführlichen Arbeit geben; die vorliegenden Mittheilungen zeigen zur Genüge, welch' durchschlagenden Erfolg die neuen Pankreatinpraparate bei der pankreatogenen Steatorrhoe und Azotorrhoe in Aussicht stellen, sie zeigen ferner, wie mächtig die Einwirkung der Organotherapie auf den Stoffwechsel pankreaskranker Individuen sein kann, eine Einwirkung, die sich den analogen, wenn auch andersartigen Wirkungen der Schilddrüsensubstanz bei Athyreosis zur Seite stellt.

— Polacco berichtet: *Ueber Ichthoform und Ichthyolbäder des Typhus abdominalis.* Er giebt seit einiger Zeit in besonders schweren Fällen von Typhus Ichthyolbäder. 60 g Ichthyolammonium, in einem Bade warmen Wassers gelöst, geben ein Ichthyolbad. Die Temperatur des Bades war anfangs 28° R. und wurde, während der Kranke in demselben verweilte, nach und nach bis zu 22° R. herabgesetzt. Die Dauer des Bades war zehn bis fünfzehn Minuten. Während des Bades wurde dem Patienten ein Eisbeutel auf den Kopf gelegt.

Die Wirkungen des Ichthyolbades waren in allen Fällen: 1. Herabsetzung der Temperatur (manchmal um zwei Grade), 2. Verminderung der Pulsfrequenz, 3. Verminderung der Athmungsfrequenz (manchmal zehn Respirationen in der Minute); die Respiration wurde tiefer und vollständiger; diese Thatsache ist in den dynamischen, mit Neigung zu Erscheinungen der Hypostase einhergehenden Formen von besonderer Wichtigkeit. Beständig war das Gefühl von Wohlsein und das von dem Patienten nach dem Bade bezeichnete Wiedererwachen des Sensoriums, welchem gewöhnlich ein mehrstündiger ruhiger und erquickender Schlaf folgte, und beständig verlangten dieselben dringend nach neuerlichen Bädern, die jedoch nur dann verabreicht wurden, wenn die schon hohe Temperatur Neigung zu neuen kritischen Steigerungen zeigte. Die mit der Verabreichung der Ichthyolbäder erzielten Wirkungen waren nach Aussage des Verfassers in der That sehr zufriedenstellend, denn der Verlauf der Krankheit wurde stets wesentlich abgekürzt, indem in manchen Fällen auch das Fieber nach einem oder zwei Bädern abfiel, um nicht wieder zu steigen. Schwere Fälle, bei welchen mit der Wahrscheinlichkeit eines ungünstigen Ausganges von vornherein gerechnet werden musste, gingen sämmtlich in verhältnissmässig kurzer Zeit in Heilung über. Die leichteren Fälle behandelt P. mit Verabreichung grosser Dosen von Ichthoform (bis 6 g pro die in Gaben von ½ g) und hat durchaus gute Erfolge. (Deutsche med. Wschr. 1901, No. 5.)

— *Zur Verwendung des Eisentropons am Krankenbette.* Winterberg verwandte das Eisentropon mit Kakao in der Form, dass er täglich 2—3 Esslöffel des Pulvers zunächst in kaltem Wasser auflösen und mit heisser Milch übergiessen liess. Dasselbe wurde in fast allen Fällen gern genommen und verursachte in dieser Dosis keine Verdauungsstörungen. Es war sehr bald eine Zunahme des Körpergewichts zu constatiren, während gleichzeitig der Gehalt an Hämoglobin in die Höhe ging und die Zahl der rothen Blutkörperchen im Steigen begriffen war. (Wiener klin. Rdsch. 1901, 27.)

— *Unguentum colloidale* Credé. Kassel möchte durch folgende therapeutische Notiz zur gelegentlichen Nachprüfung anregen: Dieselbe betrifft das Unguentum colloidale Credé, mit dem er durch eine Schmiercur (3 g pro die) bei einer Furunculosis der Ohren, des Thorax und der Beine Heilung in 6 Tagen sah. In drei Fällen von Mastoiditis bei Otitis media purulenta, in denen er neben der allgemeinen Schmiercur auch den Processus einreiben und auf diesem permanent ein Pflaster mit Unguentum colloidale liegen liess, während die locale Ohrbehandlung nur in Reinigung mit Gaze bestand, hatte er Heilung in 10 Tagen. Die Otitiden waren vorher sehr hartnäckiger Natur. Schliesslich erwähnt er noch zwei Fälle von Parotitis, die bei ausschliesslich localer Application in wenigen Tagen verschwanden. (Therap. Monatsh. Mai 1902.)

Kleine Mittheilungen.

— Die *Grand Rapids X-Ray Manufacturing Company* theilt uns mit, dass sie nunmehr auch ihre Bureaus nach Ravenna, Ohio, verlegt hat, woselbst schon seit drei Jahren sich die Hauptfabrik für die Anfertigung der unter dem Namen *„Sorensen"* vortheilhaftst bekannten statischen Maschinen befindet. Die fortwährend gesteigerte Nachfrage nach dem Röntgen-Apparat „Sorensen" macht für die Gesellschaft abermals grosse bauliche Veränderungen nöthig. Die Grand Rapids X-Ray Manufacturing Company ist die einzige Firma, die alle Theile ihrer statistischen Maschinen vom Rohmaterial angefangen bis zur Zusammensetzung der vollendeten Maschine selbstständig herstellt. Die Firma ersucht, von jetzt ab alle Zuschriften etc. nur mehr nach Ravenna, Ohio, zu schicken.

— *Verzogen*: Dr. Louis Cohn nach 1309 Madison Avenue, Dr. Sigismund Cohn nach 116 Ost 79. Strasse, Dr. Markiewicz nach 31 Rivington Street und Dr. G. Schlegel nach 151 West 91. Strasse. Dr. J. G. Wm. Greeff practicirt vom 15. Juni bis zum 15. September in Atlantic City, N. J.

New Yorker

Medicinische Monatsschrift.

Officielles Organ der

Deutschen Medicinischen Gesellschaften der Städte New York, Chicago, Cleveland und San Francisco.

Redigirt von Dr. A. Ripperger.

Bd. XIV. New York, Juni 1902. No. 6.

ORIGINALARBEITEN.

Theorie und Praxis der Anwendung des Zinksuperoxyds.

Von Dr. Hartung, Berlin.

Es giebt Erfindungen auf chemischem Gebiete, welche in der Therapie nicht erst eingeführt zu werden brauchen, da sie, wohl fundirt, bei ihrem Erscheinen die Thore offen finden, und mit Freuden von allen Fachmännern begrüsst werden.

Ein solcher neuer Körper, der sich aus sich selbst heraus erklärt, und dessen Bedeutung durch eine Reihe ihm verwandter aber nicht nahe kommender Stoffe seit den Anfängen der Pharmacopoe festgesetzt ist, ist das Zinksuperoxyd.

Zinksuperoxyd ist ein weisses, feines Pulver, das in Wasser völlig unlöslich ist, aber in verdünnten Säuren, so z. B. Essigsäure unter Bildung von Wasserstoffsuperoxyd und essigsaurem Zink sich leicht löst. Als solches Superoxyd giebt es alle Reactionen auf activen Sauerstoff. Diese Abspaltung von Sauerstoff wird aber nicht nur durch Chemikalien im Reagensglas, sondern auch durch Wundflüssigkeiten und das lebendige Wundgewebe erzielt.

Der chemische Process, der sich abspielt, wenn man Zinksuperoxyd auf eine Wundfläche bringt, ist folgender: Es wird durch das Wundsecret und das lebendige Gewebe der Wunde eine Spaltung des Zinksuperoxyds in Sauerstoff und Zinkoxyd bewirkt. Die Wirkung des Zinksuperoxyds setzt sich also, rein theoretisch betrachtet, zusammen aus der Wirkung des activen Sauerstoffs auf Wunden und derjenigen des Zinkoxyds. Das Zinkoxyd bleibt als solches nicht liegen, sondern geht allmäh-

lich mit den Eiweisskörpern des Wundsecrets theilweise eine Verbindung zu Zinkalbuminat ein, wobei es in eine lösliche Verbindung übergeht. Auf dieser Ueberführung aus der unlöslichen in die lösliche Form und dem gleichzeitigen Entstehen bacterienfeindlicher Säuren beruht die desinficirende Kraft des Zinkoxyds. Indem es dann sich mit den Albuminaten verbindet zu einem die Wundfläche deckenden Schorf, wird die weitere Secretion der Wunde beschränkt, es wirkt also austrocknend. Da diese Verbindung von Zink und Albumin sehr beständig ist und nicht zum Zerfall neigt, so ist die weitere Folge, dass die Wunde geruchlos bleibt. Das Zinkoxyd ist demnach als ein die Secretion beschränkendes, einen dicken, weissen Deckschorf bildendes, dabei reizloses, fäulniss- und gestankwidriges Exsiccans anzusehen. Seine schwächste Seite dabei ist die bactericide, wenn es überhaupt als bactericid angesehen werden darf, was nach seiner chemischen Constitution unwahrscheinlich ist. Es musste daher das Bestreben der Chemiker und Pharmaceuten sein, Zinkverbindungen herzustellen, welche mit den obengenannten Eigenschaften des Zinkoxyds, noch diejenigen einer stärkeren Desinfection verbinden. In erster Linie wurden die Säuren mit Zink zu Salzen combinirt, so entstanden das essigsaure, milchsaure, valeriansaure, sulfo-carbolsaure, das schwefelchlor- und jodsaure Zink. Damit wurde erreicht, was man erreichen wollte, eine grössere desinfectorische Kraft. Nur war hierbei noch ein bedeutender Uebelstand, nämlich der, dass die Körper eine scharfe Aetzwirkung ausübten, die nicht nur die interne, sondern auch die externe Anwendung der genannten Zinksalze bedeutend einschränkt gegenüber derjenigen des Zinkoxyds und zu genauen Dosirungsvorschriften auch in der äusseren Anwendung zwang. Das Bestreben der Chemiker musste es daher sein, einen Körper zu construiren, dessen desinficirende Gruppe reiz- und ätzlos wirkte und dessen Zinkkerne neutral blieben. Ein solcher Körper ist das nach vielen Mühen und mannigfachen vergeblichen Versuchen gefundene Zinksuperoxyd. Sein desinficirender Bestandtheil ist activer Sauerstoff, dessen desinficirende Kraft so sehr über allen Zweifel erhaben ist, dass man zu seiner Vertheidigung kaum zu reden braucht. Aber mit dieser desinficirenden Kraft, die insbesondere durch die gleichwerthigen Versuche Guttmann's mit Wasserstoffsuperoxyd bewiesen wird, combinirt sich ein neuer, für die Wundbehandlung ausser-

ordentlich wichtiger Factor: Die Granulation befördernde Wirkung des activen Sauerstoffes. Kein Mittel beschleunigt so sehr die Wundheilung wie activer Sauerstoff. Hiernach ist das Zinksuperoxyd als nahezu ein ideales Wundmittel zu betrachten: Es ist zu gleicher Zeit Exsiccans, Desinficiens, ohne einen schädlichen Reiz oder eine Aetzung zu erzeugen, regt die gesunde, mächtige Granulation an und beschleunigt die Heilung äusserer Schäden ausserordentlich.

Applicationsformen a) als Wundpulver rein oder mit Magnesia usta zu gleichen Theilen.
b) als Streupulver mit Amylum, Talcum etc.
c) als 5—10proc. Schüttelmixturen.
d) in Form von Pasten.
e) in Form von Salben.
f) in Form von Zinkleim.
g) in Form von Suppositorien.

Ausserordentlich dankbar ist die Behandlung der Ulcera cruris mit Zinksuperoxyd. Diese, eine wahre Crux medicorum darstellend, ist durch die Verwendung des Zinksuperoxyds zu einem leicht lösbaren Problem geworden. Circa 10 bis jetzt behandelte Fälle wurden sämmtlich mit Zinksuperoxydsalbe, 2 mit Zinksuperoxydleimverbänden nach Unna behandelt. Der erste Verband wird zweckmässig vom Arzte gemacht, alle übrigen können von dem Patienten selber gemacht werden. Es tritt unter dem Salbenverbande eine überraschende schnelle Ueberhäutung der geschwürigen Stellen ein und was die Patienten als besonders angenehm bei der von uns innegehaltenen Cur rühmen, ist das Fehlen von Juck- und Reizerscheinungen.

Im Princip gestaltet sich die Behandlung der Ulcera cruris mit Zinksuperoxyd so: Nach einer gründlichen Reinigung der Wundfläche mittelst Seifenfussbades und vorsichtigem Abtragen von altem, schmierigen, stinkenden Belage wird ein Salbenlappen auf die Wunde selbst aufgelegt, ihre Umgbung selbst tüchtig mit Salbe eingerieben, um die Haut geschmeidig und dehnbar zu machen und das Ganze fest in aufsteigenden Touren verbunden und durch Stärkebinden abgeschlossen. Der Verband bleibt längstens 8 Tage liegen. An Stelle des Salbenverbandes kann bei stark nässenden Wundflächen der Zinksuperoxyd-Pulververband treten. Hierbei muss besonders fein gemahlenes Wundpulver

verwandt werden. Es wird ebenfalls nach sorgfältiger Toilette der Wunde direct aufgetragen und zwar in dicker Schicht, die Umgebung jedoch immer mit Zinksuperoxydsalbe behandelt. Wenn dann die Secretion aufhört, was schon binnen wenigen Tagen geschieht, und die rothen, körnigen Granulationen erscheinen, so ist der Salbenverband oder Zinksuperoxydleimverband mehr angezeigt.

Auf der hier im Princip angedeuteten Weise sind bis jetzt 10 Fälle behandelt und ausnahmslos in spätestens 5 Wochen zur Heilung gebracht worden. Zwei von diesen Fällen waren sehr schwere. Der eine betraf eine Restaurateursfrau in St., die an beiden Unterschenkeln, r. 2, l. 3 über handtellergrosse Ulcera, missfarben und scheusslich stinkend, hatte, und die über 1 Jahr tgl. zum Verbande zu einem Arzte, Dr. M., gegangen war; sie wurde nach 5 Wochen geheilt, obwohl weder sie noch die Ihrigen an eine Heilung geglaubt hatten. Der andere Fall betraf ein 65 Jahre altes Fräulein, das an dem r. Fusse ein kleinhandtellergrosses, tiefes Ulcus mit torpiden Rändern hatte. Die Heilung hätte hier durch das Alter und die Berufsthätigkeit und Berufsfreudigkeit der Patienten — sie war als Aufwärterin den ganzen Tag auf den Beinen — verzögert werden können, jedoch erfolgte auch hier wie im ersten Falle ohne Ruhe und Schonung Heilung bereits in 4 Wochen.

Auch bei 8 Fällen von Ulcera mollia sind die Erfolge mit Zinksuperoxyd überraschend gewesen. Hier wurde ebenfalls zunächst eine gründliche Reinigung der Wundfläche von necrotischen Massen vorgenommen und dann verordnet: 3mal täglich Baden des Gliedes in Wasserstoffsuperoxyd, bezw. 5 Secunden langes Auflegen eines mit H_2O_2 getränkten Wattebausches, dann Auftragen von Zinksuperoxyd und zwar möglichst dick. Die Heilung erfolgt gewöhnlich in der Hälfte der sonst üblichen Zeit.

Ferner bildet das acute Eczem ein dankbares Feld für die Behandlung mit Zinksuperoxydsalben, -pasten, -pulver oder -brei. Das chronische Eczem muss, bevor es der Zinksuperoxydbehandlung zugängig wird, erst in ein mehr acutes Stadium übergeführt werden. Nachdem durch Schälpaste oder Theerpräparate die Infiltrationen des chronischen Eczems beseitigt sind, geht man daran, durch Bepinseln mit 5—10proc. Kalilaugelösung eine leichte Entzündung hervorzurufen. Jetzt erst wird mit dem Zinksalbenverbande begonnen bezw. Zinkbreiverbande, wo Zink und

Wasser $\overline{a\,a}$ verrührt, dick auf die eczematösen Stellen aufzutragen sind. Im Allgemeinen sind die Zinksuperoxydsalbenverbände den Brei- und sonstigen Verbänden vorzuziehen. Nur bei grosser Hitze und Schmerz in den erkrankten Partien pflegen letztere mehr als die Salbe zu leisten. Auch hier muss bei jedem Verbande auf gründliche Reinigung der Wunde gesehen werden.

Ueber künstliche Säuglingsernährung.*)

Nach einem eigenen Referate, vorgetragen in der Section für Pädiatrie der IX. polnischen Naturforscher- und Aerzte-Versammlung in Krakau.

Von Dr. Johann Landau in Krakau.

I.

Als mir die Ausarbeitung des Referates über künstliche Säuglingsernährung übertragen wurde, vermuthete ich keinesfalls, dass die Erzielung einer einheitlichen Zusammenfassung des Themas so viele Schwierigkeiten darbieten werde, als ich in Wirklichkeit angetroffen. Ich muss bemerken, dass ich nach gründlicher Uebersicht des vorhandenen Materiales (soweit mir die entsprechende Literatur zur Verfügung stand) nicht im Zweifel darüber war, dass ich zu keinem positiven Schlusse gelangen könnte; meine Bemühungen waren hauptsächlich dahin gerichtet, um nach Darstellung der Untersuchungen des letzten Jahrzehntes gewisse allgemeine und vom Standpunkte des practischen Arztes wichtige Schlüsse ziehen zu können. Denn ich gehöre nicht zur Mehrzahl der Pädiater, welche die Frage der künstlichen Säuglingsernährung als erledigt betrachten, obwohl die von ihnen erzielten Erfolge ihre Meinung Lüge strafen; nach genauem Studium der Literatur der letzten Jahre gelangen wir nämlich zur Ueberzeugung, dass der Gegenstand äusserst complicirt ist und im letzten Jahrzehnte nicht besonders vorgeschritten ist. Mit Recht äussert auch Czerny, dass wir nicht genug Umsicht an den Tag legen bei Fällung eines Urtheiles über die publicirten Arten der Kinderernährung und die neueren Präparate, und dass wir bei einzelnen positiven Erfolgen diese oder jene Methode

*Aus *Die Heilkunde*, V. Jhrg. 7. H.

mit Enthusiasmus als die beste empfehlen; die in den Fachzeitschriften publicirten Berichte gelangen durch die Tagesblätter in weite Kreise der Bevölkerung, welche ohne kritische Analyse die Nährmittel ohne ärztliche Verordnung allein versucht; wir bringen daher der Gesellschaft durch diese Publicationen mehr Schaden als Nutzen. Dabei unterschied man wenig die kranken Kinder von den gesunden und inwiefern die Nahrung mehr oder weniger günstig auf die gesunden oder kranken Kinder einwirkt. Es wird leicht erklärlich, warum die Frage der künstlichen Säuglingsernährung den Aerztestand so lebhaft interessirt, wenn wir die Mittheilungen, betreffend die Säuglingssterblichkeit, näher prüfen; wir finden nicht selten die Erklärung „Ernährungskrankheit", welche auf die unzweckmässige Ernährung als einzige Todesursache in diesen Fällen hinweist. Wolff beziffert sie auf 61%. In erster Reihe finden wir hier die Grossstädte, wie z. B. Berlin, wo im Jahre 1885 dreimal so viel künstlich, als an der Mutterbrust ernährte Kinder verstarben (Böckh). Casper berechnet die Sterblichkeitsziffer im Alter von 0—5. Lebensjahr in fürstlichen und gräflichen Häusern auf 57" „, wogegen in Proletarierfamilien 357" „. In Preston verbleiben am Leben mit Ende des ersten Lebensjahres von 100 Kindern der Gentry 90, im Handelsstande 79 und im Arbeiterstande 68. Dass die Verhältnisse sich diesbezüglich nicht besserten, zeigt die Steigerung der Sterblichkeit in den europäischen Staaten von 188.3" „ auf 194.5%. Obwohl Bergeron, Bertillon und Marjolin die Herabsetzung der Sterblichkeit auf 92" „ verlangen, um damit quasi das Ideal zu erreichen, so ist die Sterblichkeit sogar in den oberen französischen und englischen Ständen höher und wurde nur in der schwedischen Provinz Jemtland erreicht. In Loire inferieure finden wird die Kindersterblichkeit 900" „ im ersten Lebensjahre.

Hier muss ich der Arbeit Biedert's Erwähnung thun, welcher die Sterblichkeit der ersten Periode nach der Geburt nicht überall gleich findet, indem sie von allgemeinen Umständen abhängig ist, und zwar von den ökonomischen Verhältnissen und anderen socialen Zuständen. Baldini bedauert es, dass im römischen Findelhause von 2—3000 Findlingen kaum einige hundert das erste Lebensjahr überschritten.

Bevor ich zu den einzelnen Nährmethoden übergehe, muss ich einzelne Bemerkungen vorausschicken. Am Moskauer Con-

gresse demonstrirte Pfaundler die Resultate seiner emsigen Untersuchungen über Magencapacität im Kindesalter, indem er 70 Fälle im Alter bis zu acht Jahren in Bezug auf Inhalt, Dehnbarkeit und Ausmaasse des Pylorus untersuchte und aus den erzielten Resultaten die Durchschnittsziffer berechnete. Bei Untersuchung der Magencapacität beachtete er den bis nun wenig in Betracht gezogenen inneren Druck und den Elasticitätsgrad der Magenwand. Diesem Umstande schreibt er auch die bedeutenden Unterschiede in der Berechnung der Magencapacität zu. Das Resultat seiner Untersuchungen war, dass der Magen an der Brust ernährter Säuglinge durchschnittlich kleiner war, als bei künstlich ernährten. Der wirkliche Inhalt eines gesunden Säuglingsmagens sei bedeutend geringer als derjenige eines mit einem functionell oder anatomisch nachweisbaren Leiden behafteten Magens und sei abhängig von der Dehnbarkeit und Elasticität der Magenwand. Bei engem Pylorus ist der Magenumfang grösser, bei breitem geringer.

In letzter Zeit finden wir immer häufiger Stoffwechseluntersuchungen bei Säuglingen, um auf diesem Wege zu concreten Resultaten in Bezug auf Säuglingsernährung zu gelangen. Diese Untersuchungen werden an magendarmkranken und gesunden Säuglingen ausgeführt. Grósz führte die Untersuchung an gesunden Brustkindern aus in Bezug auf Eiweissstoffwechsel, indem er die Stickstoffmenge aus dem im Laufe von 24 Stunden ausgeschiedenen Harn und Stuhl berechnete, und überzeugte sich, dass an der Brust und künstlich ernährte drei- bis vierstündlich ernährt werden sollten, denn die Nahrung werde in diesem Zeitraume auch nicht gänzlich ausgenützt, da ein Theil derselben unausgenützt abgeht. Das Ueberhäufen des Organismus mit Eiweisskörpern sei sogar direct schädlich, da sie Darminsufficienz erzeugt, die Eiweisskörper stagniren in den Därmen und stören ihre Function. Es stimmen damit die klinischen Beobachtungen Czerny's überein, dass bei Kuhmilchnahrung der Magen erst nach drei Stunden entleert wird. Die Untersuchungen Lange's und Berend's an dyspeptischen Säuglingen ergaben, dass z. B. einem halbjährigen, künstlich ernährten Säuglinge 900 ccm Nahrung pro die genügen, aber er trinke gewöhnlich um 25% mehr, also circa 1200 ccm. Die Harnmenge betrug in diesen zwei Fällen 54.25 ccm auf 100 ccm Nahrung; die Stuhlmenge ist bei künstlich ernährten Säuglingen sehr gross. Die Autoren fanden

schliesslich einen Unterschied zwischen der aufgenommenen und ausgeschiedenen Stickstoffmenge. Lange fand bei Untersuchung des Modus des Ausnützens des Eiweisses, resp. des Stickstoffs durch den Säugling, dass die Ausnützung des Stickstoffs der Kuhmilch bei entsprechender Verdünnung, entsprechendem Milchzuckerzusatz und Sterilisirung fast dieselbe sei, wie bei Muttermilch; die Menge der ausgeschiedenen festen Bestandtheile des Stuhles eines dyspeptischen Säuglings ist zweimal so gross als beim gesunden Säugling, die Quantität des Stickstoffs im vierundzwanzigstündigen Stuhl ist bei Dyspepsien grösser, percentuell jedoch geringer als in normalen Verhältnissen. Der mit Kuhmilch ernährte Säugling befindet sich nicht im Stickstoffgleichgewichte, sondern behält grössere Mengen von Stickstoff. Bendix hat bei Untersuchung von 15 Säuglingen, welche er 47mal untersuchte, bewiesen, dass bei diarrhöischen Säuglingen im Vergleiche mit gesunden im Stuhl mehr Stickstoff ausgeschieden werde, und das Experiment belehrte ihn, dass das Casein der Kuhmilch in nicht ganz normalen Verhältnissen noch relativ gut ausgenützt werde.

Bei Beurtheilung, welche Nahrung für den künstlich zu ernährenden Säugling die entsprechendste ist, muss hauptsächlich berücksichtigt werden, dass dieselbe genügend und nahrhaft sei, dass der Säugling die zum Körperaufbau und genügender Ernährung nothwendige Nahrungsmenge ohne Schaden für den Verdauungsapparat assimiliren könne; um aber beurtheilen zu können, inwiefern die entsprechende Nahrung günstig oder schädlich den Organismus beeinflussen kann, soll nach Czerny Folgendes berücksichtigt werden: 1. Anamnese und Gesundheitszustand des Kindes, 2. Qualität und Quantität der Nahrung sowie Art der Verabreichung derselben, 3. Verhalten des Körpergewichtes, 4. Function des Verdauungsapparates und anderer Organe und endlich 5. die Umstände, unter welchen die Beobachtung vorgenommen wird.

Wir unterscheiden drei Arten künstlicher Ernährung: 1. Verschiedene Arten von Thiermilch, 2. Milchconserven und 3. Nährmehle, Zwieback und dergleichen Präparate. Obwohl mit den Fortschritten der Technik die Fabrication der Ersatzmittel der Muttermilch fortschreitet, so unterliegt es doch keinem Zweifel, dass die Kindernährmehle nicht nur keinen Nutzen bringen, sondern auch schädlich einwirken, indem sie Rachitis und Anämie

verursachen. Sehr oft sehen wir auch Aerzte, welche ihre Nährresultate an sogenannten Riesenkindern demonstriren, welche bei näherer Betrachtung ein bedeutend entwickeltes Fettpolster zeigen, ohne gleichmässige Entwicklung von Muskeln und Knochen. Dabei vermindern diese Präparate die Widerstandskraft des Verdauungsapparates und verursachen häufig die Cholera infantum. Wenn wir die Resultate der letzten Jahre betrachten, muss an erster Stelle Heubner genannt werden, welcher, obwohl kein Anhänger der sogenannten Kindermehle, doch gewöhnliches Mehl empfiehlt, welches sogar Säuglinge vor dem vierten Lebensmonate in Zucker umwandeln und resorbiren. Sogar im Verlaufe von Krankheiten des Verdauungstractes reicht Heubner mit Vorliebe übergangsweise Mehl als guten therapeutischen Behelf, indem er sich auf die Untersuchungen Hoppe-Seyler's über Mehlverdauung stützt, welche ergaben, dass das Mehl die Eiweissfäulniss verhindere und somit die Bildung von Toxinen vermindere. Heubner betont jedoch, dass er durch Verabreichung dieser Nahrung nicht zu dem vorher beliebten Päppeln der Kinder zurückkehren wolle, da die durch das Mehl eingeführte Calorienmenge weit geringer sei, als die in der Mutter- oder Kuhmilch enthaltene und ausserdem diese Nahrung zu wenig Eiweiss und schwerverdauliche Kohlehydrate enthalte. Vom physiologischen Standpunkte muss bei künstlicher Ernährung das Hauptgewicht auf die eingeführte Calorienmenge gelegt werden, wobei die Quantität des verabreichten Eiweisses nur bis zu einer gewissen Grenze heruntergehen darf; es liegt daher nicht daran, in welcher Form die Calorien in den Organismus eingeführt werden. Czerny betrachtet den Ersatz der Calorien der verdünnten Milch durch Milchzuckerzusatz als unstatthaft; wichtig sei es zu wissen, nicht wieviel Calorien in der Nahrung enthalten sind und wieviel resorbirt werden, sondern wieviel verbrannt wurden. Heubner stellt sich hier in Gegensatz zu den chemischen Untersuchungen Schlossmann's, welch letzterer die Behauptungen Carsten's, des Mitarbeiters Heubner's, bekämpft, als ob man durch Abstrahiren des mit dem Stuhle entfernten Mehles vom eingeführten Mehle die Quantität des vom Organismus resorbirten Mehles berechnen könnte. Dieses Mehlquantum ist nicht resorbirt worden, sondern schwand durch Zerlegung und Fermentation. Begründung für seine Ansicht findet Heubner im klinischen Experiment, welches er höher schätzt, als die Ver-

suche im chemischen Laboratorium. Der Ansicht Schlossmann's schliesst sich Fürst an, welcher dem Mehle die Eigenschaft aberkennt, für stabil als Ersatz der natürlichen Ernährung zu gelten, da es wegen des grossen Kohlehydratgehaltes schädlich einwirke. Er empfiehlt deshalb Nährmehle, zubereitet aus condensirter Milch und präparirtem Mehle, welches durch Diastase in Zucker umgewandelt worden ist; sie können jedoch nur als Zusatz zur Nahrung verwendet werden. — In England gelangte Robertson auf Grund von Untersuchungen über die Zusammensetzung und Benützung des Mehles zur Säuglingsernährung, zur Ueberzeugung, dass Weizenmehl, vermengt mit Malz oder Malzextract, welche Stärke in Glycose und Maltose umwandeln, sich für ganz kleine Kinder als Nahrung eigne. Zusatz von Pankreasferment zur Stärke oder Milch bildet eine Art von Vorverdauung, eignet sich daher für Kinder als leichtverdauliche Nahrung, in welcher die ganze Stärke durch Diastase in Dextrin, Maltose und Glycose verändert wird. Die Mischung von Stärke und Dextrin ist leicht verdaulich und verursacht durch Zusatz zur Milch den Niederschlag des Caseins in dünne Flocken. Es eignen sich nicht zur Säuglingsnahrung, als unverdaulich, diejenigen Präparate, welche unveränderte Stärke enthalten. Als bester Ersatz der Muttermilch gilt daher nach Robertson verdünnte Kuhmilch mit Zusatz von Malz und kleinen Rahmmengen. Diesen Eigenschaften entspricht das von Drews und Kraus empfohlene Kufeke-Mehl, da es leicht verdaulich ist, keine Stärke enthält, sondern lösliche Kohlehydrate, Dextrin und Traubenzucker; ausserdem enthält es stickstoffhaltige und stickstofflose Nährbestandtheile, wie die Muttermilch. Durch Zusatz dieses Mehles zur Milch schlägt sich das Casein in dünnen Flocken nieder. Der Geschmack des Mehles ist gut, es ist haltbar und billig. Kraus ordinirt es auch mit gutem Erfolg bei Verdauungstörungen und bei Fettdiarrhoe.

Nicht minder günstig ist der Erfolg der längst bekannten Liebig'schen Suppe bei Kindern nach dem vierten Lebensmonate, besonders bei Verdauungsstörungen. Vor dem vierten Lebensmonate gereicht, verursacht sie Anämie, Rachitis und Verdauungsstörungen, da junge Säuglinge die Stärke nicht verdauen. Die Suppe besteht aus Weizenmehl und nicht abgeschöpfter Milch. 20 g Weizenmehl werden mit 200 g nicht abgerahmter Milch gemengt, genau verrieben und langsam gekocht; dies bil-

det Nr. I. Nachher mischt man einen Löffel Malz mit 40 g einer 1%igen Lösung von Kali carbonicum und dies ist Nr. II. Die letztere Mischung wird eine halbe Stunde lang gekühlt und der Nr. I zugesetzt, ¼ Stunde lang gemischt, gekocht und durchseiht. Hell bereitet jetzt diese Suppe zur Bequemlichkeit im Extract, welches billig ist, der Veränderung nicht unterliegt und die Muttermilch ersetzen soll. (Monti). — Keller geht von der Ansicht aus, dass Säuglinge mit Krankheiten der Verdauungsorgane infolge der vermehrten Production und Ausscheidung der saueren Producte des Stoffwechsels mehr Ammoniak ausscheiden, und empfiehlt deshalb mehr alkalische Nahrung, Beseitigung von Milch und Fetten und Vermehrung der Nährbestandtheile durch Zusatz von Kohlehydraten. Als solches empfiehlt er Malz. Durch Darreichung einer Malzsuppe, welche weniger Milch und Mehl und mehr Malzextract als die Liebig-Suppe enthält, erzielten Keller, sowie Gregor und Heubner bedeutend bessere Erfolge als bei allen anderen Nährmethoden. Nicht minder schmeichelhaft spricht Escherich von der Liebig-Suppe, bedauert nur, dass die Schwierigkeiten der Production und der hohe Preis der Verallgemeinerung dieser Methode der Ernährung im Wege stehen. Gregor erzielte bei Anwendung der Malzsuppe günstige Erfolge und gelangt zum Resultate, dass bei Kindern mit chronischen Magen-Darmkrankheiten, im Alter von drei Monaten bis zu einem Jahre, bei Unmöglichkeit der Beschaffung von Ammenmilch, einige Monate hindurch Malzsuppe gereicht werden soll. Bei jüngeren oder schwächlichen Säuglingen kann Malzsuppe unter ärztlicher Leitung versucht werden, über den neunten Monat hinaus, bei Vorhandensein von Rachitis wird die letztere von der Malzsuppe mit Zusatz von Gries, Zwieback u. dgl. günstig beeinflusst. Bei künstlich ernährten gesunden Säuglingen von niedrigem Gewichte ist der Erfolg der Malzsuppe gerade so gut wie bei jeder anderen Nahrung. Beim Absetzen von der Brust kann Malzsuppe abwechselnd mit der Brustnahrung gereicht werden.

Frau Guttelson empfiehlt das Mehl der Pflanze Parkia biglobosa, genannt Nere oder Uete zur Ernährung von Säuglingen. Das Mehl wird mit Milch ¼ Stunde lang gekocht und täglich ½ l Milch mit 30 g Mehl gereicht. Brandenburg empfiehlt Nutrose (Caseinnatrium), denn dieselbe bindet viel Magensäure und beeinflusst günstig die Verdauung, und Heim

reicht ein Theil Aleuronat auf zwei Theile Hafermehl und setzt die Mischung der Milch zu. Die Verdauung verbleibt dabei regelmässig und der Erfolg soll sehr gut sein. — Das von Galatti empfohlene Kunzman'sche Mehl enthält 21.87 Procent Protein, ist süsslich und kann sterilisirt werden nach Füllung der Flaschen. Es wurde mit gutem Erfolge verabreicht. — Oppel's Nährzwieback enthält Weizenmehl, condensirte Schweizermilch, Phosphate und Malzhefe. Kautsch sah bei Verabreichung derselben Gewichtszunahme, Besserung der Ernährung und des allgemeinen Zustandes. Obwohl Kautsch den Phosphaten bedeutenden Einfluss auf die Rachitis zuschreibt, kann jedoch der Publication kein besonderes Zutrauen geschenkt werden, da nur elf (!) Fälle mit dieser Nährmethode behandelt wurden, und nicht alle waren rachitisch.

Allgemeine Verbreitung findet in letzter Zeit die Somatose, welche anfangs nur als concentrirtes Nährmittel verwendet wurde, von Schramm und Wolf jedoch als ausschliessliches Nahrungsmittel für Säuglinge in Verwendung gezogen wurde, da es 9-10 Albumosen enthält, keine Bestandtheile enthält, welche nicht resorbirt worden wären, und keine fermentfähigen Bestandtheile. Es enthält hingegen Kaliphosphat, wichtig für den Zellenaufbau, wird leicht verdaut und beeinflusst die Kuhmilch dahin, dass das Casein sich in dünnen Flocken niederschlägt. In allen Fällen wurde Gewichtszunahme constatirt, Verminderung der Anämie, Vermehrung der rothen Blutkörperchen. Die Somatose wurde auch mit Milch verabreicht, durch Zusatz von 2 g auf 1 l Milchwassermischung.

Einen der wichtigsten Factoren der künstlichen Säuglingsernährung bildet die Milch, und zwar die Frauen.- Kuh,- Ziegen,- Eselsmilch u. dgl. Die Frauenmilch als natürliche Nahrung übergehe ich und will auf den Unterschied der natürlichen und künstlichen Ernährung aufmerksam machen. Lehmann gibt folgende Durchschnittszahlen an:

	Kuhmilch. Procent.	Frauenmilch. Procent.
Casein	3.0	1.2
Albumin	0.3	0.5
Fett	3.5	3.8
Milchzucker	4.5	6.0
Asche	0.7	0.2
Wasser	88.0	88.5

Der Unterschied besteht im Casein, Milchzucker und Asche. Das Casein der Frauen- und Kuhmilch unterscheidet sich durch den Gehalt an Phosphor und Schwefel, denn das Casein der ersteren enthält mehr Schwefel und weniger Phosphor; sonst ist der Unterschied unbedeutend. Das Casein der Frauenmilch bedarf mehr Salzsäure und weniger Natronlauge zur Lösung und bildet dünne Niederschläge, wie es Wróblewski nachgewiesen, während die Kuhmilch feste Niederschläge bildet, weil dieselbe nach Soxhlet doppelt so viel Casein, das Sechsfache an Calcium und dreifach stärkere Säure besitzt als die Muttermilch. Verminderung des Säuregehaltes durch Zusatz von Kalk ist nicht gestattet, da die Milch bei der Sterilisirung verdürbe, denn der Kalk vernichtet den Milchzucker. Durch übermässige Verdünnung ist die Nahrungsmenge zu gross, enthält aber zu wenig Nährbestandtheile; durch Mischung von Kuhmilch mit der Hälfte 12.3%iger Milchzuckerlösung erhält man eine Mischung, in welcher der Fettmangel durch Milchzucker ersetzt wird, der Eiweissgehalt sinkt von 3.55% auf 2.37% (Frauenmilch enthält 2.29%), der Gehalt an Asche von 0.719 auf 0.47% (in der Frauenmilch 0.31%). — Wenn wir die Kuhmilch der Frauenmilch ähnlich machen wollen, muss dieselbe nach Hammersten so verdünnt werden, dass der Casein,- Kalk- und Phosphorsäuregehalt vermindert, der Lactalbumingehalt gleichzeitig vermehrt werde, was wir durch Mischen von süsser Molke mit Rahm erlangen können, und zwar 200 g Rahm +800 Molke oder 100 Rahm +100 Milch +800 Molke geben eine Mischung von 1.4% Eiweiss-, 7.8% Albumin- und 0.3% Caseingehalt. Die Mischung verhält sich dem Labferment gegenüber wie Frauenmilch Soxhlet bemerkte auch den Unterschied im Salzgehalt der Nährbestandtheile und wies auf das Verhältniss der einzelnen Milchbestandtheile gegeneinander hin. — Die Experimente Umikoff's (durch Mischung von 5 ccm Frauenmilch und 2.5 ccm 10%iger Ammoniaklösung färbt sich die Milch rothviolett, während die Kuhmilch sich nicht ändert) führten ihn zu folgenden Schlüssen: 1. Frauenmilch nimmt nach Zusatz von Ammoniak in Zimmertemperatur rothviolette Färbung an, während Kuhmilch diese Reaction nicht zeigt. 2. Die Intensität der Färbung steht in geradem Verhältnisse zur Quantität des Ammoniaks. 3. Die geringste Ammoniakmenge, welche diese Färbung verursacht, ist ein Tropfen einer 10%igen Ammoniaklösung auf 5 ccm

Milch. 4. Die Erwärmung der Mischung beschleunigt das Entstehen der Färbung; dieselbe entsteht jedoch am leichtesten bei 60° C. 5. Durch Kochen oder Kaltstellen verliert die Frauenmilch nicht die Eigenschaft der Färbung. 6. Längeres Stehenlassen der Milch schwächt nicht die Reaction und verhindert nicht das Entstehen derselben. 7. Zusatz von Kochsalz, Natroncarbonat, -bicarbonat und -sulphat zur Frauenmilch vor oder nach dem Mischen mit Ammoniak beeinflusst nicht das Entstehen der Reaction, Ammoniumchlorat hingegen verhindert das Entstehen derselben. 8. Sogar stark angesäuerte Frauenmilch, vermengt mit Ammoniak, giebt immer die Reaction. 9. Zusatz einer Quantität Chloroform und Aether schwächen die Reaction und das Ueberschreiten derselben vernichtet sie. — Munk berechnete, wie viel vom Stickstoffe der Milch auf die Eiweisskörper und wie viel auf das N der Extractivstoffe entfalle, und überzeugte sich, dass in der Kuhmilch durchschnittlich 6% des ganzen Stickstoffs auf die Extractivstoffe entfallen; aus der ganzen Stickstoffquantität kann das N des Eiweisses berechnet werden, wenn der ganze N Gehalt von 100 Theilen Milch mit 0.94 multiplicirt wird; der somit erhaltene N des Eiweiss giebt bei Multiplication mit 6.37 den percentuellen Gehalt des Eiweisses der Milch. Pfeiffer opponirt der Ansicht Munk's, als ob die Milch ausser Stickstoff im Filtrate noch Extractivstoffe enthalten würde. Er bekämpft dies in Bezug auf frische Milch, da er hier nie im Filtrate Eiweiss nachweisen konnte, sondern dasselbe ganz im Niederschlage vorfand. Er bekämpft auch die Art der Berechnung der Eiweissmenge durch Multipliciren des Stickstoffs mit einer, seiner Ansicht nach, beliebigen Zahl. Es ist besser, das N zu bestimmen und nicht das Eiweiss zu berechnen, denn die Eiweissmenge wechselt bei demselben Individuum unter verschiedenen Umständen.

Vom physiologischen und pathologischen Standpunkte wurde der Unterschied zwischen natürlicher und künstlicher Ernährung am Moskauer Congresse von Escherich und Schlossmann besprochen. Escherich zeigte nämlich, dass bei künstlich ernährten Säuglingen Ueberladung (surmenage) eintrete, deren schädliche Folgen vorher der Ansammlung von schwer verdaulichem Casein zugeschrieben wurden. Escherich hat aber schon vorher hervorgehoben, dass übermässige Wasserzufuhr nicht gleichgiltig sei für den Verdauungschemis-

mus und für den Stoffwechsel; Pfaundler bewies, dass übermässige Wasserzufuhr mechanische Störungen verursache, und zwar der motorischen Function, welche Stagnation der Nahrung im Magen, Neigung zum Entstehen abnormaler Fermentation im Darme und nachfolgende Dyspepsien verursache. Dass jedoch manche Kinder nicht-sterilisirte Milch vertragen, erklärt Pfaundler durch die normale, motorische Magenfunction und durch die Fähigkeit der Vernichtung der Darmbacterien. Nach Boas bindet die Salzsäure des Magens die Salze und das Casein der Kuhmilch und kann deshalb die antizymotische Kraft nicht entfalten; diese Gefahr drohte schon zum Theile dem gesunden, mit Kuhmilch ernährten Säuglinge, bedeutend mehr aber dem dyspeptischen, denn dieser producire weniger Salzsäure als der gesunde. — Cohn's Untersuchungen ergaben, dass die unter dem Einflusse von Bacterien stehende Milchsäurebildung durch 0.7‰ Salzsäure behindert werde, die Essigfermentation durch 0.5‰ HCl. Sie beweist die antizymotische Kraft der Salzsäure. Schnürer zeigte, dass Magensaft von gesunden oder kranken Säuglingen 1½ Stunden nach der Nahrungsaufnahme wirksames Labferment enthalte. Eine halbe Stunde nach der Nahrungsaufnahme ist das ganze Casein niedergeschlagen; dieser Milchniederschlag entsteht bei leerem Magen durch Labferment.

Schlossmann sieht den Unterschied hauptsächlich in der verschiedenen chemischen Zusammensetzung der Frauen- und Kuhmilch; die erstere enthalte weniger Stickstoffbestandtheile, und zwar sowohl selbstständig als auch im Verhältnisse zu den stickstofflosen Körpern.

Der Inhalt der Stickstoffkörper ist periodisch: von der Geburt an vermindern sie sich stufenweise. Die Frauenmilch enthält mehr gelöstes Eiweiss und Nuclein und weniger Phosphor, aber mehr organisch gebundenen; wichtig sei der Unterschied in Bezug auf die Anwesenheit von Schwefel- und Phosphorverbindungen in gelöstem Zustande. Bei der Brust erhält das Kind die Nahrung direct, die Thiermilch ist aber inficirt, und um sie von den Microorganismen zu befreien, muss sie gekocht werden, wodurch das Eiweiss niedergeschlagen und das Fett chemisch und physisch verändert werde.

Oft sehen wir bei künstlicher Ernährung Magen und Darmstörungen; obwohl dieselben verschieden gedeutet werden, will

ich nur die Mittheilungen der letzten Jahre vorbringen, und zwar betrachtet unter anderen Sonnenberger die Krankheiten in Folge von Milchnahrung als durch Bacterien verursacht oder durch chemische Agentien des Futters, welche die Vergiftung des Organismus hervorrufen. Prophylactisch soll daher das Einführen von Giften oder Giftproducenten in den Organismus verhütet werden. Alt unterstützt diese Ansicht durch Observation von Verdauungsstörungen, verursacht durch Phoma trifolii und Pseudopeziza trifolii des Klees. — Basch und Welemínsky machten Experimente, inwiefern Bacterien mit der Nahrung in den Organismus gelangen oder nicht. Sie injicirten Meerschweinchen ins Blut den Bacillus prodigiosus (rothfärbend) und den Bacillus cyanogenes (blaufärbend) und konnten sie in der Milch nicht nachweisen. Der Bacillus anthracis gelangte auch nicht in die Milch, und die Untersuchung der Milchdrüsen der mit Carbunkel inficirten Thiere ergab zahlreiche Bacterien in den äusseren Drüsenpartien und im Bindegewebe der Drüse; in der Drüse selbst waren nur wenige Bacillen. Nach Injection in die Halsvene 1 ccm einer Bouilloncultur von Bacillus pyocyaneus fand man schon nach acht Stunden den Bacillus in der Milch. Bouillonculturen des Diphtherie-, Typhus- und Cholera bacillus, injicirt in die Vene, konnten nicht nachgewiesen werden. Bacterium bovis morbificans, injicirt in den Pleurasack, verursacht Extravasate und erscheint in der Milch. Die Autoren unterscheiden demnach Bacillen, welche Blutextravasate verursachen und in die Milch gelangen, und solche, welche keine Blutextravasate hervorrufen und somit in die Milch nicht kommen, denn die Ausscheidung der Bacterien durch die Milch hängt ab von der Fähigkeit des Hervorrufens von Blutextravasaten im entsprechenden Organe. Lydia Rabinowitsch und Kempner studirten die Infectiosität der Milch tuberculöser Kühe an der Berliner Marktmilch und fanden in 28% der Fälle Tuberkelbacillen. Bei der Untersuchung von 15 Kühen, welche auf Tuberculin reagirten, fanden sie 3 Monate nach der Tuberculinisation in 10 Fällen i. e. 66%, positives Ergebniss. Sie schliessen daraus, dass bei beginnender Tuberculose ohne deutliche Eutertuberculose, sowie bei occulter, nur durch Impfung nachweisbarer Tuberculose in der Milch Tuberkelbacillen gefunden werden können. Bollinger hob es am Berliner Tuberculose-Congress (1899) hervor, dass die Milch tuberculöser

Thiere nicht nur bei Euter- und allgemeiner Tuberculose inficirend wirke, sondern auch bei localer Tuberculose. — Nach Dornblüth ist die Maul- und Klauenseuche der Thiere auf den Menschen übertragbar; während die Milch tuberculöser Kühe schädlich und unbrauchbar ist, ist, seiner Meinung nach, bei occulter Perlsucht und gutem Ernährungszustande der Kühe die Milch fast unschädlich. Die Gefahr sei geringer bei Mischmilch, denn die Milch ist da mehr verdünnt. Scharlach ist übertragbar durch Personen, welche die Milchwirthschaft versehen und mit Scharlachkranken vorher in Berührung gekommen sind. Typhus und Cholera sind auch durch die Milch übertragbar. Cholera infantum sehen wir so oft, denn der niedrige Säuregrad des Mageninhaltes genügt nicht nur Vernichtung der Sporen der Milch, bei dem hohen Alkalinitätsgrade der Milch. Es soll demnach nicht das Hauptgewicht gelegt werden auf das Kochen und Sterilisiren der Milch, sondern auch auf Untersuchung des Gesundheitszustandes des Viehs, wie es beim Fleisch geschieht. — Köppen betrachtet die Fäulnissprocesse der Nahrung im Darme als Quelle der Schädigung für den Säugling. Die Untersuchungen Michele's ergaben, dass in der Milch Tuberkelbacillen nicht nachgewiesen werden können und dass die Milch tuberculöser Frauen und Thiere sich nicht eigne zur Nahrung.

Von den verschiedenen zur künstlichen Ernährung empfohlenen Milcharten ist die Ziegenmilch selten im Gebrauche. Ihre chemische Zusammensetzung ist wenig verschieden von der Kuhmilch, hat keinen üblen Geruch, wenn die Thiere rein gehalten werden, kann ungekocht verabreicht werden, da bei Ziegen Tuberculose sehr selten ist. Baron erklärt jedoch die Ziegen nicht für absolut tuberculosefrei, findet, dass der Geschmack dieser Milch unangenehm und dass das Casein in festeren Flocken sich niederschlage. Schwarz empfiehlt Verdünnung der Ziegenmilch mit sterilisirtem Wasser und Erwärmung zur Körpertemperatur, wodurch er gute Erfolge erzielte; sie eigne sich besonders für die ärmere Praxis.

Genaue Untersuchungen der Eselmilch nahm Klemm vor und bemerkte, dass Tuberculose auf Eselinnen schwer überimpfbar sei, und auf natürlichem Wege erworbene Tuberculose nicht bemerkt wurde, während 25—70% der Kühe tuberculös seien. Malleus wurde bei Eseln nur in schwerer, in 14 Tagen tödtender Form beobachtet. Die Eselmilch reagirt alkalisch, wie die

Frauenmilch, ist in Bezug auf Eiweiss-, Zucker- und Salzgehalt der Frauenmilch ähnlicher als andere Milcharten, enthält jedoch weniger Fett; der Eiweissgehalt ist 1.46 in der Frauenmilch 1.28, in der Kuhmilch 3.0). Das Verhältniss des Eiweissgehaltes bei Eselinnen und Frauen ist folgendes: 1. Der ganze Eiweissgehalt ist in beiden Milcharten fast derselbe, sowie auch der Gehalt an Albumin und Casein. 2. Bei den Milcharten fehlt die Eigenschaft des Niederschlagens von Paranuclein bei der Pepsinverdauung; das Paranuclein bildet eben die Milch schwer verdaulich. 3. Das Casein der Eselmilch ist in Bezug auf die elementaren Bestandtheile und das chemisch-physiologische Verhalten bei der natürlichen und künstlichen Verdauung fast gleich dem Casein der Frauenmilch und höher zu setzen als das der Kuhmilch. Diese Milch kann ungekocht verabreicht werden, ist demnach leichter verdaulich, denn bei trockenem Futter ist sie frei von Microorganismen und genügt als ausschliessliche Nahrung für Säuglinge bis zum vierten Lebensmonate. Der Säugling verlangt in den ersten drei Lebensmonaten nicht mehr von dieser als von der Frauenmilch. Die Eselinnenmilch bildet weniger antizymotische Säure als die Kuhmilch, wirkt demnach prophylactisch für die Darmcatarrhe der Säuglinge, ist also der beste Ersatz der Frauenmilch; die Milch ist aber leider sehr schwer zu beschaffen und sehr theuer. Im ganzen Königreiche Sachsen konnte Klemm nur 3 l täglich aufbringen und bei Parrot kostete die jährliche Ernährung eines Säuglings mit dieser Milch 2225 Francs! — Seeliger gelangte auf Grund von Analysen zur Ueberzeugung, dass die Eselinnenmilch fast so viel Eiweiss, Zucker und Salz enthalte, wie die Frauenmilch, aber weniger Fett, und Nicolle wies nach, dass die Sterblichkeit um 53.10% herabging gegenüber der Kuhmilchernährung. — Am häufigsten wird zur künstlichen Säuglingsernährung die meist verbreitete Kuhmilch, als solche oder unter anderer Form verwendet. Reine Kuhmilch ist schwer verdaulich und verursacht öfter dyspeptische Erscheinungen, Magen- und Darmkrankheiten als die Frauenmilch. Diese dyspeptischen Erscheinungen treten deshalb häufiger bei Kuhmilchnahrung auf, weil dieselbe mehr Salzsäure bindet, als die Frauenmilch, so dass die Salzsäure wirkungslos bleibt für die natürliche Antiseptik des Verdauungstractes (Boas). Diese Gefahr droht schon gewissermaassen dem gesunden Säuglinge bei Ernährung mit Kuh-

milch, umsomehr aber dem dyspeptischen, welcher weniger Salzsäure producirt. Die Untersuchungen von Bauer und Deutsch ergaben, dass bei gesunden Säuglingen in den ersten Lebensmonaten bei Beginn der Verdauung die Milchsäure in erster Reihe stehe, in der zweiten Hälfte des ersten Lebensjahres findet man zu Ende der Verdauung percentuell so viel freie Salzsäure als bei Erwachsenen. Bei Säuglingen mit Magen-Darmkrankheiten konnte freie Salzsäure nicht nachgewiesen werden, und die gebundene Salzsäure ist ad minimum reducirt; hingegen findet man Milch- und Buttersäure in grösserer und Essigsäure zuweilen in geringerer Quantität. Freie Salzsäure fand man manchmal in Fällen von Erkrankung des Dünn- oder Dickdarmes. Bei Erkrankung der Athmungsorgane hängt die Menge Salzsäure ab von der Körpertemperatur; bei erhöhter Temperatur fehlt freie Salzsäure und erscheint wieder, nachdem das Fieber geschwunden. Bei incompensirten Herzfehlern fehlt Salzsäure; bei Nervenkrankheiten ohne Anfälle sind die Verhältnisse diesbezüglich normal, nach Anfällen schwindet die freie Salzsäure. De Jager betrachtet die Verdauungsstörungen eines Säuglings als identisch mit den Störungen bei Bildung von Milchsäure in Folge nicht entsprechender Nahrung oder in Folge von Hineingelangen von fremden Microorganismen in den Magen. Die verminderte Fermentation der Milchsäure verursacht Störungen in der Resorption der Salze, und hauptsächlich werden die Erdphosphate nicht gelöst und der Kalk nicht resorbirt, das Blut bleibt nur schwach alkalisch. Ohne nähere Begründung erkennt de Jager die Barlow'sche Krankheit und die Rachitis als chemische Intoxication durch die Säure. Söldner meint, dass die Verbindung von Kalk mit dem Casein der Kuhmilch eine neutrale Verbindung mit 1.55 CaO sei. Das Casein der Kuhmilch bindet einen Theil des vorhandenen CaO, so dass das Casein als neutrale Verbindung von Eiweiss mit CaO angesehen werden muss; ausserdem enthält die Milch ungelöstes Di- und Tricalciumphosphat, und zwar ist die Hälfte des in der Milch enthaltenen Phosphors in Emulsion als Di- und Tricalciumphosphat. Diese Untersuchungen erklären uns die Festigkeit der Labgerinnsel, denn dieselben enthalten viel unlösliche Kalkverbindungen, wogegen sie wahrscheinlich in der Frauenmilch fehlen.

(II. Theil folgt.)

Editorielles.

Wieder einmal die New Yorker County Medical Society. — Obscoene medicinische Literatur. — Wie man Hospitalarzt wird.

Dass die *Medical Society of the County of New York* resp. deren Anwalt, Herr Robert C. Taylor, dafür sorgt, dass die Gesellschaft von Zeit zu Zeit in den Tagesblättern herumgezerrt wird, ist zur Genüge bekannt, allein ebenso auch, dass diese Art von Notorietät dem Ansehen der genannten Gesellschaft nicht gerade förderlich ist. Die Deutsch-Amerikanische Apotheker-Zeitung bringt in ihrer Juninummer unter der Ueberschrift „*Heldenthat der County Medical Society*" folgende Mittheilung:

„Die Art und Weise, mit der diese geldgierige Vereinigung die Medicinalgesetze „ausführt", wird wieder einmal drastisch illustrirt durch nachstehenden Bericht, den wir einem Morgenblatte entnehmen:

Garibaldi's Arzt.

Mit langem, weissem Bart, gebückt von der Last der Jahre, kam gestern Robert Sangiovanni von No. 350 Ost 112. Str. in's Harlem Polizeigericht. In den Tagen, da Giuseppe Garibaldi auf Italiens blutgetränkten Schlachtfeldern ein einig Reich erstehen liess, will Sangiovanni ihm als Leibarzt zur Seite gestanden haben. Das ist schon lange her und von Garibaldi's Zeitgenossen sind die meisten mit ihm längst in's Grab gesunken. Sein Leibarzt kam hierher und machte in Klein-Italien oben in Harlem sein Leben als ärztlicher Berather seiner Landsleute. Jetzt ist ihm die County Med. Society zu Leibe gerückt, weil sein Diplom von der Universität Neapel hier nicht so viel gilt, wie das einer Doctorenmühle im Westen, und der alte Mann, der seine Kriegs-Medaillen und Zeugnisse mit ins Gericht brachte, sieht seinem Prozess als angeblicher „Curpfuscher" entgegen.

Die Thatsache, dass der alte Herr ein Diplom von der Universität in Neapel vorzuzeigen im Stande war, hätte doch wohl genügen sollen, um ihm eine anständige collegialische Behandlung zu Theil werden zu lassen. Wir gehen sogar noch weiter und behaupten, dass eine auch nur einigermaassen rechtlich denkende, humane Gesellschaft eher darauf bedacht sein sollte, einem alten Collegen, wenn er auch ein „foreigner" ist, zur Registration zu verhelfen, anstatt ihn durch ihre Schergen verhaften zu lassen. In diesem Punkte ist die Co. Med. Soc. aber sehr komisch. Wenn der alte College verdonnert wird, so fliessen 50 Procent des Strafbetrages in ihre Kasse, sie theilt in diesem Falle die Beute mit der municipalen Justiz, während ein Act der Humanität ihr nichts einbringt, vielleicht sogar noch ein Paar Dollar kosten würde. Wir wundern uns darüber, dass so viele anständige, ehrenhafte Collegen, die wir mit Stolz zu unseren persönlichen Freunden zählen, ihre Mitgliedschaft in einer Gesellschaft,

deren Beamte solch anstössige widerliche Ueberschreitungen seitens ihrer Handlanger duldet, noch aufrecht erhalten."

Wenn wir auch nicht Alles unterschreiben von dem, was die vorstehende Notiz der Deutsch-Amerikanischen Apotheker-Zeitung enthält, und insbesondere nicht sentimental werden, weil es sich in diesem Falle angeblich um Garibaldi's Arzt handelt, so müssen wir doch sagen, der Anwalt der County Medical Society hätte wichtigere Fälle zu verfolgen, als einen diplomirten Arzt, der aus irgend einem Grunde hier noch nicht registrirt ist, vielleicht weil er der Landessprache noch nicht mächtig ist, wie einen Verbrecher zu hetzen. Wir sagen absichtlich „zu hetzen", denn dass dies thatsächlich geschieht, beweist nachstehender Fall: Im Sommer '97 schickte Herr Robert C. Taylor, der schon erwähnte Anwalt der County Medical Society, einen sogen. Stool Pigeon in die Wohnung eines erst von Deutschland gekommenen, in Deutschland approbirten Arztes, den wir Dr. N. nennen wollen, der zwar hier sein License-Examen schon abgelegt, allein das Diplom, das jedoch um diese Zeit schon ausgefertigt war, noch nicht in Händen hatte. Der von dem Gelde der County Medical Society von New York bezahlte professionelle Lügner simulirte vor dem erwähnten Arzte ein Magenleiden, liess sich ein Recept verschreiben, bezahlte dafür und entfernte sich. Auf Grund des Receptes nun erhob Herr Robert C. Taylor Anklage gegen Dr. N., welcher dann unter Bürgschaft gestellt und vor die Special Sessions verwiesen wurde. Dr. N. begab sich in die Wohnung des Anwaltes, zeigte ihm sein deutsches Diplom und ebenso eine Zuschrift der Staats-Examinationsbehörde zu Albany, dass er sein License-Examen bestanden habe, und ersuchte unter diesen Umständen um Fallenlassen der Klage. Umsonst. Dr. N. begab sich dann mit dem Empfehlungsschreiben eines Mitgliedes der County Medical Society zu dem Secretär der Gesellschaft, der erklärte, dass unter diesen Umständen von einer Anklage gar keine Rede sein könne. Dr. N. erhielt dann vom Secretär einen Brief an Herrn Robert C. Taylor, worin derselbe ersucht wurde, die Klage gegen Dr. N. fallen zu lassen. Wieder umsonst, Herr Taylor bestand auf seinem Schein. Dr. N. suchte dann in Begleitung des schon erwähnten Mitgliedes der Gesellschaft den damaligen Vorsitzenden des Board of Censors, Dr. P., auf und erklärte diesem den Sachverhalt. Dr. P. war derselben Ansicht, wie der Secretär und gab Dr. N. ein Schreiben an den Anwalt mit, dass es im Interesse der Gesellschaft läge, wenn er diesen Fall nicht weiter verfolge. Er solle davon abstehen, falls Dr. N. die bis jetzt entstandenen Unkosten der Gesellschaft — bestehend in dem Sündenlohn für den professionellen Lügner und Angeber — bezahlen wolle. Trotzdem sich Dr. N. hiermit einverstanden erklärte, verlief der Appell an den ehrenwerthen Herrn Robert C. Taylor ohne Resultat. Zu bemerken ist noch, dass Dr. N. schon wenige Tage

nach der Klageerhebung sein Diplom für den Staat New York erhielt und sich registriren liess. Er war also zur Zeit, als er von Pontius zu Pilatus lief, um Fallenlassen der Anklage gegen ihn zu erwirken, bereits licensirter Arzt für den Staat New York, und war dies Herrn Taylor vollauf bekannt. Allein es sollte noch besser kommen. Die Gerichtsverhandlung in der Sache war theils auf Ansuchen von Dr. N., theils durch Europareise des Herrn Taylor mehrfach verschoben worden. Dr. N. liess sich mittlerweilen als Mitglied der N. Y. County Medical Society vorschlagen, wurde als solches aufgenommen und erhielt sein Diplom als Mitglied der Gesellschaft. Dr. N. machte hiervon Herrn Robert C. Taylor Mittheilung, in der festen Ueberzeugung, dass jetzt doch wohl die Klage gegenstandslos geworden sei, allein umsonst. Und so geschah das Lächerliche dass in einer Sitzung der Special Sessions der Anwalt der County Medical Society ein Mitglied derselben Gesellschaft wegen unerlaubten Practicirens als Arzt anklagte. Wie zu erwarten war, wurde die Klage abgewiesen und der vorsitzende Richter bedeutete dem Herrn Anwalt Robert C. Taylor mit dürren Worten, dass es eine Schmach und Schande sei, einen approbirten Arzt wegen einer derart lächerlichen Anklage vor ein Criminalgericht zu schleppen. Der Herr Anwalt scheint sich die Worte des Richters nicht sehr zu Herzen genommen zu haben, denn er klagt lustig weiter.

Wir haben oben gesagt, unseres Erachtens gäbe es für den Anwalt der County Medical Society würdigere Aufgaben, als approbirte Aerzte mit einer Verbissenheit zu verfolgen, die einer besseren Sache werth wäre. Der Herr Anwalt möge nur einmal die New Yorker Tageszeitungen durchlesen, und besonders den „Abortionswinkel", in welchem sich männliche und weibliche „Doctoren" zur sicheren und gefahrlosen Beseitigung aller Menstruationsstörungen und Unregelmassigkeiten empfehlen. Warum versucht die County Medical Society nicht, den professionellen Abtreibern zu Leibe zu gehen, die wohl jahraus jahrein mehr Unheil anrichten und Menschenleben zu Grunde richten, als wenn ein wirklicher Arzt, auch wenn er zufällig nicht seinen Namen beim County Clerk registrirt hat, ein Recept verschreibt. Warum verfolgt die County Medical Society nicht die wirklichen Curpfuscher und Quacksalber, die sich offen und ohne Scheu tagtäglich in den hiesigen Zeitungen annonciren? Bis jetzt ist sie die Antwort auf diese Frage schuldig geblieben.

Es wurde in den letzten Jahren viel über *medicinischen Journalismus* und die Ethik desselben gesprochen und geschrieben, so dass es sich der Mühe verlohnen dürfte, ab und zu ein wenig nachzusehen, wie es sich damit verhält. Da kam uns dieser Tage die neueste Nummer der in Chicago erscheinenden *Alkaloidal Clinic* in die Hand. Diese Zeitschrift hat seit Monaten als

Hauptattraction für ihre Leser einen Abschnitt über sexuelle Hygiene eingerichtet. Eröffnet wurde diese Abtheilung durch einen Artikel „Love and Sexuality", dem eine Reihe ähnlicher Arbeiten folgte. Jetzt werden nur noch die von männlichen und weiblichen Doctoren eingeschickten Commentare zu diesen Artikeln veröffentlicht. Wenn die Anfangsartikel noch einen wissenschaftlichen und hygienischen Anstrich hatten oder wenigstens einen solchen vorzutäuschen suchten, so lassen die Commentare die heuchlerische Maske fallen. Ein Einsender sucht den anderen zu überbieten an geilen und sinnlichen Episoden und Redewendungen; das weibliche Geschlecht macht dabei keine Ausnahme. In der uns gerade vorliegenden Nummer werden hauptsächlich Lehren gegeben, auf welche Weise am besten der Mann die Sinneslust des Weibes beim Coitus anregt. Dass wir nicht zu viel behaupten, mögen nachfolgende Stellen beweisen: Ein gewisser Dr. Thayer schreibt (S. 662) u. a. wie folgt: „Again in regard to sexual excitement, few husbands know how to excite the wife, but she knows, and should teach her husband and show him how to satisfy her, for if left short of satisfaction she is just as unhappy over it as he would be if disappointed. . . My old preceptor gave me this incident: "A lively young woman, a former patient, and of the best families, and about three months married, came to me saying: 'I have the best of husbands, but I can get no satisfaction in our intercourse, and feel disappointed!' "Did you tell him how to work your pleasure point till you were satisfied?" said he. "No," she replied, "how is it done?" "If you will stand up here I will show you," and when I titillated the clitoris a little, she exclaimed, "O, I know Let me run and hunt Charlie!" A more grateful couple cannot be found anywhere."

Seite 664 werden folgende Verhaltungsmaassregeln beim Coitus von Seiten des Editors gegeben: "Women can be trained to enjoy intercourse as a tonic, healthful, athletic exercise. For this purpose the following rules should be observed: 1. In every coitus the woman should have an orgasm. 2. The man should not withdraw at once but to try to give the woman successive orgasms. 3. The man should be no less affectionate after intercourse than before, etc., etc."

Ein anderer Mitarbeiter an diesem famosen Capitel über sexuelle Hygiene schreibt (Seite 667): "I wish to add just a little to what has been said. "Ut Prosim" (Pseudonym einer Mitarbeiterin) says "the loving caress of the feminine organs, especially the clitoris, by the male, will excite desire." To this I would add that if in this caressing the prostatic fluid be placed on the clitoris, either by the hand or the male organ itself, desire will be aroused much more quickly and intensely. This is an excellent formula for those couples in whom the woman is "too slow" in reaching her orgasm. I have had the pleasure to help

several married people to have a perfect union, the wife not knowing from her own previous experience what an orgasm was."

Diese Stellen mögen genügen, um zu zeigen, welche Schweinereien eine Zeitschrift, die sich medicinisches Journal nennt, seinen Lesern unter dem Deckmantel Hygiene bietet. Das Beste an der ganzen Sache ist jedoch dies, dass die Redaction desselben Journals in ihrer Nummer 3 vom Jahre 1899 anlässlich der Erwähnung von v. Krafft-Ebing's Psychopathia sexualis sich wortwörtlich in folgender Weise auslässt: „Offen gestanden halten wir Krafft-Ebing und ähnliche Werke nicht für geeignet zum Gelesenwerden. Wir würden gerade so gern eine lebendige Klapperschlange beherbergen, wie dieses Buch unter unserem Dache dulden." Dies ist doch die Heuchelei auf die äusserste Spitze getrieben!

Um *Hospitalarzt* zu werden, dazu kann man, wie bekannt, verschiedene Wege einschlagen, auf dem einen glückt es manchmal, auf dem anderen wieder nicht. Den Weg, den hierzu drei New Yorker Aerzte eingeschlagen haben, lernen wir aus einer Notiz der New Yorker Staats-Zeitung kennen. Dieselbe schreibt am 3. Juli wie folgt:

„Zahlungs-Urtheil gegen das frühere österreichisch-ungarische Hospital. Die Doctoren Nathan Friedman, Joseph Barsky und George J. Müller erhielten gestern ein Urtheil von zusammen $2529 gegen das österreichisch-ungarische Hospital, welches im letzten December in Folge einer Zwistigkeit unter den Directoren seine Thüren schloss. Die Aerzte sagen, dass sie im September v. J. bis zu $800 zahlten, um sich Stellen am Stabe des Hospitals für ein Jahr zu sichern. Dr. Barsky und Friedman sollten als Chirurgen und Dr. Müller als Gynäcolog Beschäftigung finden. Wie die Aerzte sagen, war es nothwendig für sie in einem Hospital thätig zu sein, wenn sie auf der Ostseite auf Kunden rechnen wollten und so hätten sie die erwähnte Summe bezahlt. Herr Hermann Kraus, der frühere Präsident des Hospitals, sagte, dass das Geld nicht für die Erlangung von Stellen am ärztlichen Stabe, sondern theils als Geschenke, theils als Anleihen gegeben worden ist." Jede weitere Bemerkung hierzu dürfte überflüssig sein. Sapienti sat.

Referate und Kritiken.

Die Röntgenstrahlen im Dienste der Chirurgie. Von Dr. Carl Beck. Mit 65 Tafeln. Verlag von Seitz & Schauer. München 1902.

Beck, der unermüdliche Arbeiter auf dem Gebiete der Skiagraphie, giebt in vorliegendem Werke in Wort und Bild klare

und deutliche Anleitung, wie die Röntgenstrahlen vom Arzte gebraucht und verwerthet werden können. Nach einer interessanten Einleitung über die Bedeutung der Röntgenstrahlen im Allgemeinen enthält das Buch eine eingehende Schilderung des erforderlichen Armamentariums und der Technik der Röntgenuntersuchung, und zwar ist die Darstellung des Verf. so klar und leicht verständlich, dass jeder Practiker auch ohne weitere Vorkenntnisse so viel daraus lernen muss, dass er sich an die Fluoroscopie und Skiagraphie heranwagen kann. Im speciellen Theil wird die Durchleuchtung der einzelnen Körperregionen besprochen und durch zahlreiche interessante Beispiele aus der Praxis erläutert. Auf die Diagnose und die dabei möglichen Irrthümer ist besonderes Gewicht gelegt. In den letzten Abschnitten werden die Entzündungsprocesse und Neubildungen sowie die pathologische und therapeutische Bedeutung der Röntgenbelichtung abgehandelt.

Das vorliegende Werk des Verf. ist eine werthvolle Ergänzung zu seinem schon früher erschienenen Lehrbuche über Fracturen und wird dasselbe allen Aerzten, die sich für R ö n t g e n's epochemachende Entdeckung interessiren, äusserst willkommen sein. Auffallend ist, dass B e c k bei der Aufführung des erforderlichen Armamentariums und der verfügbaren Quellen zur Funkenerzeugung zwar Tauchbatterien, Accumulatoren und Dynamomaschinen erwähnt, der statischen Maschine jedoch mit keinem Worte gedenkt, und doch ist letztere zur Hervorbringung der Röntgenstrahlen besonders da, wo keine Strassenleitung zur Verfügung steht, sehr gut geeignet. Nach dem officiellen Bericht des War Department of the United States Army wurden im Kriege mit Spanien mittels statischer Maschinen sehr gute Resultate erzielt und sind nach demselben Bericht für den stationären Gebrauch die statischen Maschinen den Tauchbatterien und Accumulatoren für die Röntgenuntersuchung vorzuziehen.

Die Ausstattung des Buches von Seiten der Verleger ist eine vorzügliche, besonders verdient die Reproducirung der Skiagramme alle Anerkennung. Doch wäre zu wünschen, dass bei einer Neuauflage des Buches die Tafeln zu einem Bande gebunden, statt lose in einer Mappe, erscheinen würden.

Handbuch der Therapie innerer Krankheiten. In sieben Bänden herausgegeben von Dr. F. P e n z o l d t und Dr. R. S t i n t z i n g. Dritte umgearbeitete Auflage. Verlag von Gustav Fischer in Jena. 1902.

Von dem in ärztlichen Kreisen rühmlichst bekannten Handbuche ist bereits nach kurzer Zeit die dritte Auflage nothwendig geworden, gewiss die beste Empfehlung, wenn es einer solchen noch besonders bedürfte. Was in dieser Monatsschrift schon früher über die vorhergegangenen Auflagen gesagt wurde, gilt

in noch höherem Maasse für die Neubearbeitung des Werkes. Es ist nicht angängig, hier näher auf den Inhalt der bis jetzt erschienenen sechs ersten Lieferungen einzugehen, wir behalten uns vielmehr eine übersichtliche Besprechung bis zum vollständigen Erscheinen des Gesammtwerkes vor. Dasselbe erscheint in 20 Lieferungen von etwa 16 Druckbogen. Die Verlagshandlung kommt den Besitzern der ersten oder zweiten Auflage in der Weise entgegen, dass sie broschirte oder gebundene Exemplare der früheren Auflage gegen den Bezug der dritten Auflage zum Preise von 30 Mark zurücknimmt, so dass bei diesem Umtausch die neue Auflage nur 60 Mark das broschirte und 70 Mark das gebundene Exemplar kostet. Der zu den früheren Auflagen erschienene Ergänzungsband behält neben der dritten Auflage seine Bedeutung und wird vom Umtausch nicht berührt.

Beiträge zur Bauchchirurgie unter besonderer Berücksichtigung der im letzten Jahre ausgeführten 84 *Gallensteinlaparotomien.* Von Prof. Dr. Hans Kehr, Oberarzt Dr. Berger und Dr. Welp. Fischer's Med. Buchhandlung. H. Kornfeld. Berlin 1901. 206 S. Preis M. 3.60.

Beiträge zur Bauchchirurgie. Neue Folge. Von denselben Verfassern und im gleichen Verlage. Berlin 1901. 206 S. Preis M. 4.

Die vorliegenden beiden Arbeiten sind als Fortsetzung zu Kehr's im Jahre 1899 erschienenen Werk „Anleitung zur Erlernung der Diagnostik der einzelnen Formen der Gallensteinkrankheit", worüber wir früher schon referirt haben, zu betrachten. Kehr hat die Absicht, jedes Jahr einen weiteren Band erscheinen zu lassen. Die erste der oben angeführten Arbeiten enthält 84, die zweite 95 Krankengeschichten von Gallensteinoperationen aus dem reichen Materiale Prof. Kehr's nebst den dazu gehörigen Epicrisen. Wenn man auch durch das Studium von Kranken- und Operationsgeschichten kein Operateur wird, so kann doch jeder Arzt, nicht nur der Fachchirurg aus den vorliegenden „Beiträgen" ungemein viel lernen. Die Neue Folge der Beiträge enthält ausserdem eine Arbeit von Dr. Welp „Die Talma'sche Operation bei Lebercirrhose und Ascites" und eine solche von Dr. Berger „Ueber den Gallenfluss nach Echinococcenoperation."

Die otitischen Erkrankungen des Hirns, der Hirnhäute und der Blutleiter. Von Dr. Otto Körner. Mit einem Vorwort von Ernst von Bergmann. Dritte, vollständig umgearbeitete und vermehrte Auflage. Mit 5 Tafeln und 1 Abbildung im Texte. Verlag von J. F. Bergmann. Wiesbaden 1902.

Das Werk behandelt in eingehender Weise die Folgen der Eiterungen im Mittelohre. Der allgemeine Theil enthält statistische Angaben, Schilderung der anatomischen Verhältnisse, welche den Uebergang von Eiterungen aus dem Schläfenbeine in die Schädelhöhle ermöglichen, ferner der Arten der primären Erkrankungen im Ohre und im Schläfenbeine, welche intracranielle Eiterungen hervorrufen können, und bespricht den Einfluss der Localisation der primären Erkrankungen im Schläfenbeine auf die Localisation der verschiedenen intracraniellen Complicationen, die Mechanik der Infection und die Prophylaxe der otitischen Hirnkrankheiten. Der specielle Theil beschäftigt sich mit den verschiedenen Erkrankungen des Hirns im Anschluss an Ohreiterungen und findet hierbei Aetiologie, Symptomatologie, Diagnose, Prognose und Therapie eingehende Berücksichtigung. Eine Anzahl von Kranken- und Operationsgeschichten dient zur besseren Erläuterung. Eingehende Literaturangaben erhöhen den Werth der Arbeit, deren Studium sehr empfohlen werden kann.

Mittheilungen aus der neuesten Journal-Literatur.

1. Innere Medicin.

J. Hoppe: *Die Anwendung des Dormiols bei Epileptikern. (Ein Beitrag zur Behandlung des Status epilepticus.)*

Verf. berichtet kurz über 11 Fälle von Status epilepticus bei Kindern, bei welchen das Dormiol jedesmal prompt gewirkt hat, mindestens ebenso wie das verwandte Amylenhydrat. Üeble Nebenwirkungen wurden nicht beobachtet. Die Anwendung des Mittels, die beim Status epilepticus naturgemäss nur ausnahmsweise per os erfolgen kann, geschah per rectum. Der Erfolg bewies, dass das Dormiol glatt und in sehr kurzer Zeit vom Mastdarm resorbirt wird. Oertliche Reizerscheinungen traten nie auf. Die Anwendung geschah derart, dass von einer vorräthigen Lösung von 10,0:150,0 2—3 Esslöffel einem ¼—¾ Liter lauwarmen Wassers beigemengt und nachher als Einlauf verabfolgt wurden. Da diese rectale Anwendung keine Schwierigkeiten macht und da die Aufnahme vom Mastdarm aus offenbar eine sichere ist, wurden Versuche, Dormiol subcutan beizubringen, an Kranken nicht gemacht. Ob sich Dormiol zur dauernden Behandlung der Epilepsie, ähnlich wie die Bromsalze, eignet, ist zweifelhaft; ebenso versagt es in allen Fällen von epileptischer Verwirrtheit, verbunden mit motorischer Unruhe, während es wiederum als Schlafmittel in der Dosis von 1 g (per os) bei nicht an Arznei gewöhnten Patienten gute Dienste leistet. Man wird also bei der Therapie der Epilepsie es erfolgreich nur da anwen-

den, wo die strenge Indication vorhanden ist, dem erschöpften Organismus auf eine Zeit lang Ruhe zu verschaffen, d. i. bei gehäuften Anfällen und beim Status epilepticus. Man wird dann aber auch, wenn man also in Zeiten, wo kein Bedarf vorliegt, die Kranken nicht an ein Mitttel gewöhnt, das nur selten gegeben gute Dienste leistet, in Zeiten der Noth die Genugthuung haben, ein sicheres Hülfsmittel zu besitzen, um einen sehr gefährlichen Zustand in kurzer Zeit zu beseitigen, ein Umstand, der besonders auch für den Practiker ungemein wichtig ist. (Münch. med. Wochenschr., 1902, No. 17.)

H. Fischer: *Ist Lungenemphysem eine Folge des Spielens von Blasinstrumenten?*

F. hat in den Jahren 1887—1892 über 500 Militärmusiker hinsichtlich des Zustandes ihrer Lungen untersucht. Nach der in den Lehrbüchern vertretenen Anschauung hätte man erwarten sollen, dass die älteren Musiker alle stark emphysematös gewesen wären, und dass bei den jüngeren, je nach der Dauer ihrer musikalischen Thätigkeit, wenigstens theilweise Ansätze zu Emphysem sich gezeigt hätten. Dies war jedoch nicht der Fall In vielen Fällen war wohl chronischer Bronchialcatarrh, in einigen wenigen Fällen Asthma vorhanden; aber das ausgebildete Emphysem konnte F. selbst bei den am längsten im activ-musicalischen Dienste befindlichen Musikern nirgends mit Sicherheit constatiren. Bei der landläufigen und in allen Lehrbüchern vertretenen Ansicht über die Aetiologie des Emphysems ist dieses Resultat um so überraschender, als unter 500 Bläsern doch mindestens unter den älteren einige ausgebildete Fälle von Emphysem hätten gefunden werden müssen. Desshalb ist F. der festen Ueberzeugung, dass das Blasen von Musikinstrumenten überhaupt kein Lungenemphysem hervorruft. Verf., der nebenbei bemerkt selbst verschiedene Blasinstrumente spielt, betont ferner, dass das Spiel der meisten Blasinstrumente keineswegs eine so erhebliche physische Anstrengung ist, wie dies gemeiniglich geglaubt wird; es ist dasselbe z. B. bei weitem nicht so anstrengend wie das Blasen in den Spirometer, und der letztere gilt doch als heilsam für Kranke. Wenn überhaupt die Möglichkeit bestünde, dass die Zurückhaltung von Luft in den Lungen Erweiterung der Bläschen und Elasticitätsverlust zur Folge haben könnte, so hätten die Aerzte alle die Patienten auf dem Gewissen, denen sie zu therapeutischen Zwecken den Spirometer verordnen. Denn Alle müssten emphysematös werden, was jedoch nicht der Fall ist.

Eine andere Frage ist allerdings die, ob Musiker nicht zu anderen Lungenkrankheiten disponiren. Aber auch in diesem Falle dürfte nach F. nicht so sehr das Spiel des Instrumentes, als vielmehr die ganze Lebensweise schuld sein. Das Gros der Musiker trinkt, wacht in die Nacht hinein, bläst in erhitzten, staubigen Localen, lauter Momente, die die Entstehung eines chronischen

Bronchialcatarrhs in hohem Maasse begünstigen. Daran ist aber nicht das Trompetenblasen Schuld. (Ibidem.)

A. Weber: *Seltene Ursachen der Bleivergiftung. — Behandlung der Koliken mit Atropin.*

W. berichtet zunächst über einen Fall, bei welchem die Bleivergiftung durch das Trinkwasser hervorgerufen worden war, welches durch Bleiröhren lief, sodann über mehrere Fälle, denen der Gebrauch bleihaltigen Mehles zu Grunde lag. Es waren in drei verschiedenen, je 8 km von einander entfernt liegenden Ortschaften an Bleivergiftung insgesammt 20 Personen erkrankt, die drei Haushaltungen angehörten. Die übrigen Dorfbewohner waren gesund geblieben. Nachforschung ergab, dass die drei Familien das aus der gleichen Mühle kommende Mehl benutzten. Bei einer Untersuchung der Mühle fand sich, dass die obere Fläche des einen Mühlsteins zwecks Herstellung des Gleichgewichtes an verschiedenen Stellen mit Blei ausgegossen war. An einer Stelle nun fehlte ein ungefähr wallnussgrosses Bleistück, das sich losgelöst hatte und allmählich verrieben worden war. Das bei einer Gelegenheit chemisch untersuchte Mehl liess einen Bleigehalt von 0,025 Procent erkennen.

Was nun die Therapie der Bleikolik anbelangt, so war W. mit der üblichen Opiumbehandlung nicht sonderlich zufrieden. Die Schmerzen liessen wohl etwas nach, hörten aber nie ganz auf, und die hartnäckige Verstopfung wurde nicht beseitigt. W. gab dann versuchsweise einigen Patienten Opium (0,03) mit Extractum Belladonnae (0,015); dadurch wurden jedoch weder die Schmerzen noch die Obstipation beseitigt. Günstige Resultate erzielt W. erst durch Extractum Belladonnae ohne Opium und noch besser durch subcutane Injection von Atropin und zwar in kräftigen Dosen. Er glaubt daher das Atropin bei Bleikolik dringend empfehlen zu können. (Ibidem.)

E. Toff: *Einige Bemerkungen über die Anwendung des Unguentum argenti colloidalis (Credé.)*

Nach T. bedeutet die Einführung des wasserlöslichen Credé'schen Silbers in die Therapie einen erheblichen Fortschritt in der Behandlung septischer Processe. T. giebt in Kürze die Krankengeschichte von 5 Fällen bekannt, in welchen die Anwendung der Credé'schen Silbersalbe von unzweifelhaftem Erfolg begleitet war. In 4 der geschilderten Fälle war die gewöhnliche Behandlung durch mehrere Tage hindurch consequent durchgeführt worden, ohne dass dadurch der Krankheitsprocess wesentlich beeinflusst worden wäre. Erst die Anwendung der Silberschmiercur brachte rasch eine auffallende Wendung im Verlaufe der Krankheit. Namentlich sind es die Fälle von puerperaler Infection, wo nach T. die Anwendung dieser Behandlungsmethode nie unterlassen werden soll und im Allgemeinen wäre es zu wünschen,

dass die Silbersalbe bei allen Fällen von septischer Allgemeinerkrankung in Anwendung gebracht werde, nachdem man diesen Zuständen bis jetzt meist machtlos gegenüber stand und wir in der Silberschmiercur ein wichtiges Hülfs- und Ergänzungsmittel der jeweiligen Localbehandlung besitzen. (Ibidem.)

C. Hödlmoser: *Beitrag zur Klinik der nervösen Erscheinungen des Abdominaltyphus.*

H. schildert den Fall eines 40 Jahre alten Patienten, der ungefähr am Ende der dritten Woche eines normal verlaufenden Typhus von schweren nervösen Anfällen befallen wurde. Die Anfälle, welche uraemisch eclamptischen Character zeigten, traten bei fast normaler, jedenfalls aber niedriger Temperatur des Patienten auf, wobei die Harnmenge annähernd normal und der Harn eiweissfrei war. Die Annahme einer Meningitis, selbst die einer Meningitis serosa, war ausgeschlossen. Ob in dem Falle die Erscheinungen direct durch toxische Einflüsse auf das Gehirn entstanden sind, oder ob dabei als Zwischenursache Druckveränderungen in ursachliche Beziehung zu bringen sind, wagt H. nicht zu entscheiden. Er hebt des weiteren auf Grund dieses Falles hervor, wie vortheilhaft gerade gegen derartige nervöse Erscheinungen im Verlaufe eines Typhus die Anwendung hydriatischer Proceduren wirkt, indem eigentlich erst durch nasse Einpackungen bei dem Patienten ein Rückgang der schweren Erscheinungen zu erzielen war. (Wiener klin. Wochenschr., 1902, No. 23.)

C. Seemann: *Zur Roseolenuntersuchung auf Typhusbacillen.*

S. hatte es unternommen, die Typhusfälle, welche in den Monaten December 1901 und Januar, Februar 1902 in dem Infectionshospitale Santa Maria Magdalena in Triest aufgenommen wurden, auf Typhusbacillen in Roseolen zu untersuchen. Aufgenommen wurden 36 sichere Typhusfälle, von denen 34 untersucht werden konnten, während bei zwei Fällen Roseolen fehlten. Was die Zahl der Roseolen anbelangt, so war dieselbe sehr verschieden; in einigen Fällen konnten nur ein bis zwei gefunden werden, während in einem Falle der Körper buchstäblich mit Roseolen übersäet war. Von den 34 Fällen wurden im Ganzen 98 Roseolen angeschnitten, demnach ca. drei Roseolen bei jedem Falle; in vielen Fällen ergab bereits die Untersuchung einer einzigen Roseole ein positives Resultat, wogegen es in zwei Fällen nöthig war, fünf Roseolen zu untersuchen, bis der Bacillennachweis gelang. Werden alte Roseolen angeschnitten, so können die darin befindlichen Typhusbacillen schon so weit abgeschwächt sein, dass sie, in künstliche Nährböden gebracht, nicht mehr gedeihen. S. bemühte sich daher, möglichst frische Roseolen zur Untersuchung heranzuziehen. In allen Fällen wurde nach der Methode von Neufeld gearbeitet, und es gelang, in den erwähnten 34 Typhus-

fällen 32 mal den Eberth'schen Bacillus aus der Roseole zu cultiviren. In zwei Fällen misslang der Versuch, sei es, dass beide Patienten bereits am Ende der zweiten Krankheitswoche sich befanden und die wenigen vorhandenen Roseolen bereits zu alt waren, sei es, dass eine zu geringe Anzahl Roseolen untersucht wurde, bei einem eine, beim zweiten zwei. Bei sämmtlichen Fällen war die Gruber-Widal'sche Reaction positiv ausgefallen. Nach S. ist die Roseolenuntersuchung ein bequemes und relativ leichtes, mindestens nicht schwerer als die Gruber-Widal'sche Reaction auszuführendes Verfahren zur Stellung der Typhusdiagnose, mit dem Vortheile vor letzterer, dass der Erreger der Krankheit selbst nachgewiesen wird, und dass die Möglichkeit einer Frühdiagnose gegeben ist. (Ibidem, No. 22.)

E. Ungar: *Zur Phosphorbehandlung der Rachitis.*

Verf. wendet sich gegen die Ansichten Leo's und Nebelthau's, die wegen drei angeblich im Anschluss an in normaler Dosis verabreichten Phosphor bei Rachitis beobachteten Todesfälle vor dem Gebrauch des Phosphors bei Rachitis in den bis jetzt üblichen Dosen warnen und dasselbe höchstens in 0,001 proc. Lösung theelöffelweise resp. in 0,01 proc. Lösung zu 10 Tropfen zulassen wollen. Nach der Ansicht des Verf. sind die berichteten Todesfälle nichts weniger wie beweisend für eine acute Phosphorvergiftung und viel eher anderweitigen Ursachen zuzuschreiben. Daher ist auch die Warnung von Seiten Leo's und Nebelthau's durchaus nicht am Platze u. U. hat von der Phosphortherapie bei Rachitis nur Gutes gesehen. Man darf aber nicht die Dosis in einer Weise herabsetzen, wie es Leo und Nebelthau vorschlagen, denn sonst wäre es überhaupt besser, lieber auf die Verabreichung von Phosphor direct zu verzichten. U. schlägt vielmehr vor, auch in Zukunft den Phosphor bei Rachitis in den bisher üblichen Dosen zu geben, sei es, dass man, wie Kassowitz angab, 0,0005 pro die als Einzeldosis ohne Unterschied des Alters giebt, oder zweimal täglich eine entsprechend etwas kleinere Menge darreicht. Am liebsten macht U. Gebrauch von einer Lösung von 0,01 Phosphor in 100,0 Ol. olivarum oder Ol. amygd., welche nach den Vorschriften von Soltmann aus einer Stammlösung von 1:500 hergestellt wird. Von dieser Lösung lässt U. zweimal täglich einen halben bis einen ganzen Theelöffel, also etwa 0,0002—0,0004 g verabreichen. Die Verordnung des Phosphorleberthrans hat U. seit vielen Jahren aufgegeben, weil er von diesem widerlich riechenden und schlecht schmeckenden Mittel in keiner Weise eine bessere Wirkung annehmen konnte, wohl aber die schädliche Wirkung dieses häufig nicht reinen und namentlich zur Sommerzeit leicht ranzig werdenden Oeles auf den Verdauungstractus fürchtete. Dass man bei der Verordnung des Phosphors die nöthige Vorsicht nicht ausser Augen lassen darf, giebt U. selbstverständlich ohne Weiteres zu. Namentlich ist es

sehr zu missbilligen, wenn der Arzt für an Rachitis erkrankte Kinder immer wieder das Phosphoröl verordnet, ohne sich von Zeit zu Zeit von ihrem Zustande zu überzeugen. (Münchener med. Wochenschr., 1902, No. 24.)

Reye: *Klinische Erfahrungen mit Agurin.*

Agurin ist eine Doppelverbindung von Theobromin-Natrium und essigsaurem Natrium, ein weisses, geruchloses Pulver von etwas bitterem Geschmack und alkalischer Reaction, welches bei hohem Theobromingehalt die Vorzüge dieses Präparates in reichem Maasse bieten, dabei jedoch frei sein soll von den Nachtheilen, die dem Theobromin selbst, sowie den Doppelsalzen des Theobromins (z. B. dem Diuretin) anhaften soll. Das Mittel wurde in der I. med. Abtheilung des Eppendorfer Krankenhauses in Hamburg (Prof. Lenhartz) einer genauen Prüfung unterworfen, worüber R. in vorliegender Arbeit berichtet. Das Medicament wurde in Pulverform in Dosen zu 0,5 g gewöhnlich in der Art verwendet, dass an zwei, eventuell an drei oder mehr aufeinander folgenden Tagen je 5 mal 0,5 g pro die in Oblaten gegeben wurden. Der Harn wurde von Morgens 8 Uhr bis zum nächsten Morgen 8 Uhr gesammelt, gemessen und das spec. Gewicht der Gesammtmenge bestimmt. Im Ganzen wurde das Mittel bei 15 verschiedenen Patienten geprüft, deren Krankengeschichten R. in Kürze anführt. Es handelte sich um Fälle von Herzfehler, meist schwerer Art, sowie um Fälle schwerer, chronischer Nephritis. Wenn nun auch nach R. es noch nicht möglich ist, ein endgültiges Urtheil über den Werth des Agurins zu fällen, so steht doch nach den auf der Lenhartz'schen Abtheilung damit gemachten Beobachtungen fest, dass das Mittel auf jeden Fall bei einzelnen Fällen von Herzfehlern mit Stauungserscheinungen gute Dienste leistet und ebenso auch bei Fällen von chronischer interstitieller Nephritis, dass es ferner in manchen Fällen dem Diuretin überlegen ist. (Die Heilkunde, 1902, No. 6.)

A. Pollatschek: *Zur Aetiologie des Diabetes mellitus.*

Die meisten Autoren nehmen als ein allgemein aetiologisches Moment für die Zuckerkrankheit an, dass dieselbe unter den Juden besonders häufig vorkomme. Besonders Naunyn und von Noorden haben sich nach dieser Richtung hin ausgesprochen. In einem Aufsatze von Noorden's findet sich u. a. die folgende Stelle: „Immer deutlicher kennzeichnet sich die ausserordentliche Veranlagung der Juden zur diabetischen Erkrankung und es darf schon jetzt vermuthet werden, dass gerade die Verbreitung der Juden und ihre Vermischung mit indogermanischem Blut sehr viel zu ihrer Verbreitung beigetragen habe." Verf. ist der Ansicht, dass die von den betr. Autoren zur Stütze ihrer Anschauung von der auffallenden Betheiligung der jüdischen Rasse an den Diabeteserkrankungen angeführten Statistiken nichts weniger wie beweisend sind und vielmehr von einem

anderen Standpunkt aus betrachtet werden müssen. Er ist vollkommen der Meinung Ewald's, dass der höhere Procentsatz von Juden daher herrühre, dass die Juden bekanntlich ängstlicher um ihre Gesundheit besorgt sind, wie die Germanen und Romanen und sich auch in relativ besserer Vermögenslage befinden, so dass viel mehr Gelegenheit zur Erkennung der Erkrankung und zu ihrer Behandlung vorhanden ist. Die von den Autoren mitgetheilte Statistik leidet in erster Linie an einer gemeinschaftlichen Fehlerquelle. Man erfährt nämlich nicht, wie sich das percentuale Verhältniss der Diabetiker von der einen und anderen Confession resp. Rasse zu der nach Confessionen bezw. Rassen abgetheilten Gesammtclientel verhält, d. h. wie viele Diabetiker der einen und anderen Rasse unter von den Autoren behandelten Christen und Juden incl. Christen jüdischer Abstammung zu finden waren. Man liest nur, wie viele christliche und jüdische Diabetiker der Einzelne überhaupt behandelt hat. Jemand, der auch nur relativ mehr Juden behandelt, wird auch mehr Diabetiker jüdischer Abstammung nachweisen können.

P. suchte nun diesem Fehler auszuweichen und stellte, um ein möglichst grosses statistisches Material zu Grunde zu legen, seine Aufzeichnungen aus den letzten 10 Carlsbader Curperioden vom Jahre 1891 bis 1900 zusammen. Diese Zusammenstellung ergab, dass er in diesem Zeitraume von 10 Jahren im Ganzen 4719 Personen curärztlich behandelte. Darunter waren 2381 Christen, 2333 Juden bezw. jüdischer Abkunft und 5 Muhamedaner. Diabetiker behandelte er 653 und zwar 289 Christen und 364 Personen jüdischer Abkunft; in re'ativen Zahlen ausgedrückt bildeten die Diabetiker 13,8 Procent seiner Gesammtclientel und kommen auf 1000 seiner christlichen Patienten 124 Diabetiker, auf jene semitischer Rasse 155. Diese geringe Differenz lässt sich nun nach P. dadurch erklären, dass die Christen meistens Curorte erst im vorgerückten Stadium ihrer Krankheit aufsuchen und es daher ähnlich auch mit der ersten Consultation der Zuckerkrankheit in der sonstigen Praxis sein würde. Es dürften sehr wahrscheinlich mit Diabetes relativ mehr christliche Personen behaftet sein, als solche behandelt werden. (Zeitschr. für klin. Medicin, 42. Bd., Heft 5 und 6.)

II. Geburtshülfe.

J. Bayer: *Ueber präcipitirte Geburten und ihre Folgen für die Wöchnerinnen.*

B.'s Erfahrungen stützen sich theils auf die Beobachtungen, die in der ausführlich mitgetheilten Literatur niedergelegt sind, theils auf 48 präcipitirte Geburtsfälle, die in der Rheinischen Provinzial-Hebammen-Lehranstalt zu Köln vorkamen. B. fand, dass Allgemeinerkrankungen nicht für sich allein zu Sturzgeburt disponiren, sondern dass diese regelmässig mit anderen

günstigen Momenten, die als Prädispositionen einen höheren Werth beanspruchen (z. B. Fieber) Hand in Hand gehen. In Betreff der Grösse und des Gewichtes sturzgeborener Kinder ergiebt sich, dass sie durchschnittlich die normale Grösse erreichen, im Gewicht aber hinter dem durchschnittlichen Maasse zurückbleiben. Sonderbar ist die Thatsache, dass am häufigsten die Zweitgebärenden präcipitirt niederkommen, während nach der Anzahl der Geburten dann ein allmählicher Abfall zu beobachten ist. Dabei neigt aber eine Frau, die schon einmal präcipitirt niedergekommen ist, auch zu weiteren Sturzgeburten und andererseits kann eine präcipitirte Geburt eintreten, wenn auch bei einer vorhergehenden Entbindung energische Kunsthilfe nothwendig gewesen war. Blasensprung und ausgiebiger Wasserabfluss gehören zu den vorzüglichsten Prädispositionen der überstürzten Geburt, während die Disposition durch die zu kurze Nabelschnur nur eine geringe zu sein scheint. Von der grössten Wichtigkeit ist das mütterliche Becken und sein Verhältniss zu dem kindlichen Körper; dabei scheint nicht sowohl die Höhe und Weite des Beckens von Bedeutung zu sein, als vielmehr die Neigung desselben, da von dieser auch die Richtung des Uterus während der Geburt abhängig ist. Ziemlich selten scheinen Sturzgeburten bei Zwillingsfrüchten zu sein, während man doch erwarten sollte, sie häufiger zu sehen, da die Zwillingskinder wegen ihrer Kleinheit doch sicherlich einen sehr schnellen Geburtsverlauf zulassen. Aber diese Disposition ist auch nur vorhanden, so lange jede Frucht für sich allein in Betracht kommt. Nach der jeweiligen Lage, zumal wenn beide Kinder sich in Schädellage befinden, muss der eine Kopf den anderen am Tiefertreten hindern und auch für den Rumpf die Passage verengern. Dann aber fällt sehr ins Gewicht, dass sich bei Zwillingen die Geburt des ersten Kindes gewöhnlich sehr verzögert, so dass die Frauen Zeit gewinnen, ihr Geburtslager aufzusuchen. Bemerkenswerth ist aber, dass gewöhnlich der erste Zwilling präcipitirt geboren wird. Die nach einer Sturzgeburt den Wöchnerinnen drohenden Gefahren werden vielfach nicht recht gewürdigt. Durch die sehr häufig auftretende Uterusatonie ist das Leben in vielen Fällen ernstlich gefährdet, recht oft sind mit den Uterusblutungen unangenehme Störungen in der Austreibung der Nachgeburt verbunden. Ueberraschend häufig sind auch die bei Sturzgeburten beobachteten Weichtheilverletzungen, speciell Dammrisse. Einen Prolaps oder Descensus des Uterus oder eine Inversion desselben konnte B. nicht feststellen, was er besonders hervorhebt, weil vielfach und auch in Lehrbüchern der Geburtshilfe diese Complicationen als häufige und gefährliche Folgen einer Sturzgeburt bezeichnet werden. Fast regelmässig verlief das Wochenbett normal, wenn die Wöchnerinnen nicht vor der Geburt untersucht oder die Genitalien nicht nachher ohne Noth mit den Händen oder mit Instru-

menten berührt worden waren. (Samml. klin. Vortr., Nr. 289. Monatschr. f. Gynäc. und Geburtsh., Bd. XX., Heft 3.)

J. Mayer: *Vorzeitige Lösung der Nachgeburt in der Schwangerschaft in Folge zu kurzer Nabelschnur.*

Die Geburt begann im 7. Monat mit einer heftigen Blutung, die die baldige Zuziehung eines Arztes erforderlich machte. An der linken Seite des Uterus befand sich ein halbkugelige Hervorwölbung von circa 5 cm Durchmesser, die äusserst schmerzhaft war und sich im Gegensatz zum contrahirten Uterus schlaff anfühlte. Auffällig war trotz der starken Blutung das Fehlen jeglicher Blutgerinnsel. Die Frucht befand sich in zweiter Beckenendlage, der innere Muttermund war nur einige Millimeter eröffnet. Nach 3½ Stunden musste, nachdem der Fuss vorher zur Tamponade heruntergeholt war, extrahirt werden, trotzdem der Muttermund noch nicht genügend eröffnet war, weil die kugelige Hervorwölbung an der linken Seite des Uterus immer mehr an Ausdehnung zunahm und der Zustand der Patientin immer bedrohlicher wurde. Nach sofortiger manueller Lösung der Placenta, der ein Schwall mächtiger bräunlicher Coagula folgte, starb die Patientin, nachdem sie etwa noch 6—8 Esslöffel Blut aus dem entstandenen Cervixriss verloren hatte. Der Befund bei der Ausräumung des Uterus war folgender. Der Uterus war durch eine sagittale Furche, die kraterförmig nach innen vorsprang, in zwei Theile getheilt. Bis zum First dieses Einschnittes waren von links her die Eihäute durch Coagula abgehoben und legten sich schlaff der untersuchenden Hand an, an den Eihäuten hing unten im Cervikalcanal die gelöste Placenta. In der rechten, straff gespannten Hälfte der Uterushöhle hafteten die Eihäute noch an der Wand.

Die allzu kurze Nabelschnur (dieselbe mass nur 10 cm, anstatt 38—44 cm im 7. Monat) hatte durch ständigen Zug auf das Centrum der Placenta zum vorzeitigen Ablösen derselben geführt. Die Geburt konnte deshalb nicht fortschreiten, weil der die Frucht umschliessende Theil der Gebärmutter Krampfwehen zeigte, während der andere, die Coagula überdeckende Theil der Uteruswand sich weich anfühlte, und keine Contractionen in demselben nachweisbar waren. (Prag. med. Wschr., 1900, 48 und 49.)

Latzko: *Beitrag zur Therapie verschleppter Querlagen.*

Ist der Hals leicht erreichbar, dann wird wohl von den meisten Geburtshelfern die Decapitation ausgeführt. Bereitet das Erreichen und die Deckung des Halses jedoch Schwierigkeiten, was der Fall ist, wenn der Mechanismus der Selbstentwickelung bereits eingeleitet ist, dann verbietet die drohende Uterusruptur jede ausgiebige Bewgung der eingeführten Hand. Während in diesem Fall die meisten Geburtshelfer die Evisceration vornehmen, extrahirt Fritsch nach Durchtrennung der Wirbelsäule

am manuell herabgeholten Beckenende. Verf. bedient sich in Fällen von verschleppter Querlage eines Verfahrens, das sich als sehr brauchbar erwiesen hat und sich principiell von den vorher erwähnten Methoden unterscheidet. Als Instrumente gebraucht er einige Kugelzangen oder Muzeux, eine Kornzange und eine kräftige, gerade Episiotomieschere, alles Dinge, die ohnehin in keiner geburtshilflichen Tasche fehlen dürfen. Mit zwei nebeneinander eingesetzten Zangen wird der Thorax an der im Orificium sich präsentirenden Stelle gefasst. Stört der Arm — jetzt oder im weiteren Verlaufe der Operation — so wird er ohne weiteres im Schultergelenk abgetragen. Als Handhabe wird er absolut nicht benöthigt. Zwischen den Zangen wird der Thorax in einem Intercostalraum mit der Schere eröffnet, worauf die Zangen beiderseits die Thoraxränder in ihrer ganzen Dicke fassen. Nach entsprechender Erweiterung des Schnittes werden Lunge und Herz mittels einiger drehender Bewegungen der Kornzange entfernt, was in zwei Minuten geschehen ist. Man lässt jetzt die Kugelzangen von einer assistirenden Person nach abwärts und auseinanderziehen, fasst die klaffenden Wundränder an ihrem der Wirbelsäule zunächst liegenden Ende mit weiteren Speerzangen und verlängert die Incision im Thorax gegen die Wirbelsäule zu. Mit Hilfe immer weiter kletternder Zangen gelingt es sehr leicht, die Wirbelsäule herabzuziehen und mit der Schere zu durchschneiden. Ist das einmal geschehen, so senkt sich der hohle, zum Theil schon transversal durchtrennte Kinderkörper bei mächtigem Zuge so weit, dass alle weiteren Manipulationen innerhalb der Scheide vor sich gehen. Unter fortwährender Benutzung der Klettermethode wird auch die Brustseite des Thorax durchschnitten. Zum Schlusse ladet man die übrig bleibende Brücke auf den Zeigefinger und vollendet die Zweitheilung. Die untere Körperhälfte wird nun reponirt, sodann zuerst die obere und nachher die reponirte untere mit Hakenzangen extrahirt. Verf. sagt zum Schluss, dass die Decapitation stets der kürzere und bequemere Weg sein wird; er bedient sich der Methode nur, wenn bei drohender Uterusruptur und tiefstehender Schulter der Hals schwer zu erreichen ist. (Wiener medicinische Wochenschrift, 1901, 27.)

SITZUNGSBERICHTE.

Wissenschaftliche Zusammenkunft Deutscher Aerzte in New York.

Sitzung vom 22. November 1901.

Vorsitzender: Dr. John Schmitt.

Vorstellung von Patienten.

1) Dr. A. Jacobi: Dieses Kind hier ist 11 Monate alt und ist das 4. Kind seiner Mutter. Das 1. Kind war todt geboren

worden, das 2. und 3. Kind waren Zwillinge, von welchen eines gleich nach der Geburt, das andere später an Pneumonie starb. Die Geschichte ist folgende: Das Kind wurde an der Brust genährt. Im März fanden sich Milz und Leber sehr gross. Bis vor Kurzem hatte das Kind keine Convulsionen gehabt, jedoch seit Anfang dieser Woche fünfmal. Die Milz ist nachweisbar sehr bedeutend geschwollen, die Leber vielleicht etwas kleiner, als sie sein sollte. Das Kind leidet sehr viel an Verstopfung. Es ist ferner seit seiner Geburt icterisch. Der Stuhl ist nicht weiss, der Urin enthält keinen Gallenfarbstoff, es handelt sich also nicht um einen vollständigen Verschluss der Gallenwege, sondern dieselben sind meines Erachtens nur mässig verengt. In den meisten derartigen Fällen wird eine grosse Leber angetroffen. Syphilis wird häufig als Ursache angesehen. Es handelt sich hier entweder um eine Entwicklungshemmung oder um einen entzündlichen Verschluss.

Discussion. Dr. Sara Welt-Kakels: Ich hatte vor einigen Jahren einen ähnlichen Fall vorgestellt. Es handelte sich allerdings dabei um einen sehr elenden, sehr heruntergekommenen Knaben. Er wurde antiluetisch behandelt, besserte sich nicht und starb nach ungefähr 5 Monaten. Eine Autopsie wurde nicht gestattet.

2) Dr. A. Jacobi: Dieses Kind hier ist zwei Monate alt und hat seit seiner Geburt eine Nabelgeschwulst. Es handelt sich um einen Fall von *offen gebliebenem Ductus omphalo-mesentericus.*

Discussion. Dr. A. Ripperger: Ich habe vor ca. 4 Jahren einen ähnlichen Fall gesehen, bei welchem die Erscheinungen noch viel ausgesprochener und interessanter waren. Ich wurde zu einem nur wenige Tage alten Kinde gerufen, bei welchem durch den offen gebliebenen Ductus omphalo-mesentericus der Dünndarm fingerlang vorgefallen war. Durch Druck entleerte sich aus einer stricknadeldicken Fistel reichliche Menge breiigen Kothes. Es handelte sich also um eine sogenannte Divertikel-Nabel-Kothfistel. Der Arzt, der die Entbindung vorgenommen hatte, sagte der Mutter, es handele sich um eine Neubildung (growth), welche er mit dem Messer exstirpiren müsse. Interessant war nun an dem Falle noch Folgendes: Das Kind hatte an jeder Hand sechs Finger und ausserdem fand sich Atresia ani. Das Kind ging an dem folgenden Tage zu Grunde. — Dr. Adler: Ich habe auch öfters Gelegenheit gehabt, Fälle von offen gebliebenem Ductus omphalo-mesentericus zu sehen. Man findet sie überhaupt nicht so selten, oft, wie Dr. Ripperger erwähnt hat, zusammen mit anderen Missbildungen. Die Fälle scheinen desswegen so selten zu sein, weil nur selten über sie berichtet wird, und zwar, wie Dr. Ripperger schon angeführt hat, weil so selten die richtige Diagnose gestellt wird. Die meisten

Aerzte verstehen die Sache nicht. — Dr. Sara Welt-Kakels: Ein Fall, den ich vor einigen Jahren sah, war allerdings nicht so ausgesprochen. Ich band das vorgefallene Darmstück ab, cauterisirte und erzielte Heilung. — Dr. A. Jacobi: Das gleichzeitige Vorhandensein anderer Hemmungsbildungen in dem von Dr. Ripperger berichteten Falle ist interessant und lässt sich auch mit dem offen gebliebenen Ductus omphalo-mesentericus gut in Einklang bringen. Was scheinbar nicht dazu gehört, ist die Mehrzahl der Finger. Allein auch das ist eine Hemmungsbildung, denn es giebt eine Zeit im foetalen Leben, in welcher mehr Finger vorhanden zu sein scheinen, als sich später normal entwickeln. Was soll man nun in diesem Falle hier thun? Die Behandlung, wie sie uns Dr. Welt-Kakels angegeben hat, ist sehr einfach gewesen. Sie hat abgeschnürt und cauterisirt. Koth ist in diesem Falle hier niemals abgegangen. Ich glaube, ich will auch hier Abtrennung versuchen.

3) Dr. Pisko stellt einen Fall von *juckendem Eczem* vor.

Discussion. Dr. Klotz: Man ist in Versuchung, den Fall nicht als chronisches Eczem, sondern als Pruritus anzusprechen und das Eczem nur als Begleiterscheinung aufzufassen. Die Behandlung mit Pilocarpin und Atropin gleichzeitig ist etwas auffallend, da die beiden Mittel Antagonisten sind. In manchen Fällen von Pruritus hilft Atropin, in anderen Pilocarpin. — Dr. Goldenberg: Ich bin auch über die Combination der beiden Mittel etwas erstaunt und ich glaube, der Patient würde vielleicht besser daran sein, wenn die Atropindosis gesteigert und das Pilocarpin ausgesetzt werden würde. Den Zustand des Gesichtes möchte ich nicht als Eczem bezeichnen. — Dr. Pisko: Ich will bemerken, dass Atropin und Pilocarpin von mir nicht gleichzeitig angewandt wurden. Was den Zustand im Gesicht betrifft, so handelt es sich hier ganz bestimmt um nichts anderes als um Eczem.

4) Dr. Jaeger stellt einen Patienten vor, bei welchem die Beine in eigenthümlicher Weise gekreuzt sind.

Discussion. Dr. Klotz: Ich möchte von Dr. Jaeger etwas über die Entstehung dieser eigenthümlichen Stellung der Beine hören. — Dr. Jaeger: Es handelt sich um eine Biegung des Schenkelhalses, wofür die Hauptursache die Rachitis abgiebt. — Dr. A. Jacobi: Derartige Fälle sind nicht so selten und auch vielfach schon beschrieben worden. Ich habe eine ganze Anzahl solcher Fälle, wenn auch nicht so stark ausgebildet wie hier, selbst gesehen. Ob es sich nun um rachitische Processe handelt oder nicht, darüber sind die Autoren nicht einig. So viel ist sicher, dass eine locale Verbiegung zu Grunde liegt und kommt dieselbe vorzugsweise da vor, wo der erweichte Knochen eine grosse Last zu tragen hat. — Dr. Adler: Ich erinnere mich, dass Hermann v. Meyer in Zürich und eine Anzahl

seiner Schüler diese Dinge beschrieben haben. Hermann v. Meyer giebt an, dass es sich in diesen Fällen um eine fehlerhafte Architektonik des Schenkelhalses handle. — Dr. Elsberg: Diese Fälle sind zuerst im Jahre 1880 von Kocher, dann von Hoffmeister und Müller beschrieben worden. Da dieser Zustand oft bei jungen Individuen gefunden wird, die mit gespreizten Beinen bei der Arbeit stehen, so dachte Kocher, dass in diesen Fällen die Mechanik des Schenkelhalses nicht von normaler Beschaffenheit sei. — Dr. A. Jacobi: Es müssen pathologische Veränderungen am Schenkelhals vorhanden sein, damit die Verbiegung zu Stande kommen kann, und diese pathologische Veränderungen bestehen in Erweichungen. — Dr. Schmitt: Es wäre doch auch ausserordentlich interessant, etwas über die Functionen der Muskeln zu eruiren, ob nicht manche Muskeln atrophisch werden und dadurch andere Muskeln das Uebergewicht erhalten.

5) Dr. G. Mannheimer stellt einen Fall von *Tabes dorsalis* vor.

Discussion. Dr. Adler: Ich muss gestehen, dass mir bei dem Falle nichts so ausserordentlich selten vorkommt. Ich habe eine ganze Anzahl von Tabesfällen gesehen, die mit genau denselben intestinalen Erscheinungen verliefen. Es ist ganz undenkbar, dass bei solchen lange Zeit hindurch bestehenden Zuständen sich nicht ein Catarrh ausbildet. Die intestinalen Störungen entstehen ganz sicher auf dem Boden der Tabes. Man darf dieselben allerdings nicht als Krisen bezeichnen, die durch das Paroxysmale characterisirt sind. In therapeutischer Beziehung sind die Aussichten sehr trauriger Natur. Antipyrin, Brom etc. sind auch für diese Darmerscheinungen das beste. — Dr. A. Jacobi: Ich habe heute einen Patienten gesehen, der an Tabes leidet mit gastrischen Krisen, die 2—3 Tage dauern. Derselbe bekommt seine Anfälle stets in derselben Zeit, in welcher er auch schmerzhaftes Zucken in den unteren Extremitäten hat. Ich bin desshalb auch der Ansicht, dass es sich in dem von Dr. Mannheimer vorgestellten Falle um ein Rückenmarkssymptom handelt. — Dr. Mannheimer: Als ich den Patienten zuerst sah, war ich der Ansicht, dass es sich bei ihm um intestinale Krisen handle. Als ich aber die colossale Schleimmenge sah, kam wir der Gedanke, dass es sich um eine organische Erkrankung des Darmes handeln könne. — Dr. Jaeger: Ich möchte hier in therapeutischer Beziehung das Stützcorsett Hessing's erwähnen. Hessing in Göggingen hat ein solches Corsett construirt und glaubte, er könne dadurch die Wirbelsäule strecken und die Blutvertheilung im Rückenmark bessern. Das ist zwar nicht der Fall, allein nichts desto weniger werden dadurch die Erscheinungen gebessert, die Krisen nehmen an Häufigkeit und Heftigkeit ab, die Patienten können besser gehen.

6) Schapringer: Fall von *Concrementbildung im Auge, die einen metallischen Fremdkörper vortäuscht.*

Achtundvierzigjähriger, aus Rumänien gebürtiger Mann, der sich in seinem 18. Lebensjahre durch unvorsichtiges Hantieren mit einem Messer eine erhebliche Verletzung des rechten Augapfels zugezogen hatte. Die äussere Form des Bulbus ist erhalten geblieben, innerhalb desselben besteht aber Aphakie und ausgedehnte Iridodialyse. Der grösste Theil des Irisumfangs ist von seiner Ciliarinsertion abgetrennt. Nur der äussere Theil der unteren Hälfte der Peripherie der Regenbogenhaut hat seinen normalen Zusammenhang mit dem Strahlenkörper behalten. Das abgelöste Stück der Iris ist nach unten gefallen und theilweise in eine Hornhautnarbe eingeheilt. In Folge der ausgedehnten Iridodialyse besteht ein colossaler abnormer Pupillarraum. Die Substanz des Crystallkörpers ist vollständig resorbirt, die zurückgebliebene, streifig getrübte Linsencapsel aber leicht zu erkennen. Das Bulbusinnere ist gut durchleuchtbar, die Netzhaut liegt überall gut an. Bei Betrachtung des Bulbus mit freiem Auge fällt ein weisser, bei geeignetem Lichteinfall Silberglanz zeigender Gegenstand auf, der sich in der Pupillarebene, unweit des medialen unteren Quadranten des Hornhautrandes befindet. Der unscharf begrenzte, schollenartige Gegenstand ist länglich geformt, die grössere Achse beträgt etwa 4 Millimeter und ist nahezu senkrecht gestellt, der schmälere Durchmesser beträgt etwa 1½ Millimeter. Die Oberfläche dieses Körpers, welchen Vortr. für ein *Cholestearinconcrement* ansieht, welches sich im Linsencapselsack gebildet hat, ist leicht uneben. Vortr. hat den Patienten vor Kurzem einigen Collegen — allerdings Nicht-Augenärzten — vorgestellt, welche durchaus nicht glauben wollten, dass der auffallende glänzende Körper im Augeninnern kein Metallsplitter sei. Dafür, dass es sich nicht um einen eingedrungenen Metallsplitter handle, spricht nicht nur der Befund bei focaler Beleuchtung, sondern auch die Angabe des Patienten, dass der fragliche Gegenstand sich nur allmälig entwickelt habe und erst in den letzten Jahren stärker gewachsen sei.

Patient hatte sich an den Vortr. blos wegen Brillenwahl gewendet, bei welcher unter den Umständen blos das unverletzte linke Auge berücksichtigt werden konnte. Hier fand sich einfacher myopischer Astigmatismus (0.75 D) mit inverser Achsenrichtung, ausserdem dem Alter entsprechend Presbyopie. Es wurden dem entsprechend zwei Brillengläser, eines für die Ferne und das andere für die Nähe verordnet. Im rechten Auge war die Sehschärfe bedeutend herabgesetzt und selbst durch Vorhalten einer, die resorbirte Linsensubstanz ersetzende starke Convexbrille nicht wesentlich zu verbessern.

Discussion. Dr. Julius Wolff: Ich möchte Herrn Dr. Schapringer beistimmen, dass dies kein Metallkörper im Auge ist. Dieser Körper hier hat keine scharfen Umrisse, son-

dern geht ziemlich allmählich in das umliegende Gewebe über und dürfte daher wohl kein Fremdkörper sein. Ich bin jedoch auch nicht der Ansicht, dass es sich hier um Cholestearin handelt. Cholestearin im Auge hat meistens einen grünlichen Schimmer und, wenn starkes Licht darauf geworfen wird, einen goldgelben Reflex. Dieser Körper hier sieht aber silberweiss aus. Ausserdem sieht man, wenn man andere Theile der noch übrig bleibenden Linsenkapsel ansieht, noch mehr solcher weisslichen rundlichen Massen, die ich ebenso wie den anderen Körper für eine Verkalkung halte. Verkalkungen in der verletzten Linse sind ja nicht selten.

Vorzeigen von Präparaten.

Dr. Adler: Ich habe hier einen Fall, der, mir wenigstens, von äusserstem Interesse ist, und zwar desswegen, weil derselbe für mich den Beweis abgab, dass es einen Autoritätsglauben in der Medicin absolut nicht geben sollte. Es handelte sich um einen Mann von etwa 39 Jahren, dessen Vorgeschichte hier nicht von Belang ist. Er gab an, dass er immer gesund gewesen sei und nie Lues gehabt habe. Etwa ein Jahr vor seiner Aufnahme in das Hospital machte sich bei ihm ein Schwächezustand bemerkbar, der fortwährend zunahm. Anfangs October wurde er in das Deutsche Hospital aufgenommen mit dem Bilde hochgradigster Anaemie. An Herz, Lunge und Leber konnte nichts gefunden werden, dagegen fanden sich im Blute sofort sehr bemerkenswerthe Erscheinungen. Die erste Blutuntersuchung ergab 15% Hb und rothe Blutkörperchen etwa eine halbe Million pro cmm. Dabei waren die weissen Blutkörperchen zwar relativ, jedoch nicht absolut an Zahl vermehrt. Der Character derselben war vollkommen normal. Die rothen Blutkörperchen zeigten aber ein auffallendes Verhalten, insofern als sie sehr blass waren. Es fanden sich einige Microcyten, dagegen keine Leucocytose. Kurz, es war ein Blutbefund, wie man ihn nach Ehrlich bei secundärer Anaemie findet. Ehrlich besteht darauf, dass bei perniciöser Anaemie sich unbedingt Veränderungen im Blute finden müssen, vor allen Dingen Megaloblasten. Nach Ehrlich darf man keine perniciöse Anaemie diagnosticiren, ohne Megaloblasten zu finden. Man musste also in diesem Falle eine schwere Anaemie, jedoch secundärer Natur annehmen. Der Körper wurde auf das Genaueste untersucht, ebenso der Urin, allein mit negativem Resultate. Ebenso ergab die Faecesuntersuchung kein positives Resultat. Es blieb nun nur noch der Magen übrig. Der Patient hatte ziemlich viel erbrochen, und die Magenuntersuchung ergab in der That eine hochgradige Verminderung der Säuren. Es war nur eine geringe Spur freier Salzsäure da. Eine später vorgenommene Magenuntersuchung ergab eine noch weitere Herabminderung der Säurenverhältnisse, jedoch etwas mehr Milchsäure. Wir

waren im Zweifel, ob es sich nicht doch um ein Magencarcinom handle. Einige Wochen vor dem Exitus konnte im linken Hypochondrium eine deutliche Resistenz gefühlt werden, die vorher nicht da war, wodurch die Diagnose Magencarcinom noch wahrscheinlicher wurde. Patient ging allmählich unter den Zeichen zunehmender Schwäche und Anaemie zu Grunde.

Das Ergebniss der Section war folgendes: Im Magen fand sich absolut nichts, was als Magengeschwulst hätte angesprochen werden können. Typische anaemische Fettleber, dieselbe war etwas vergrössert und reichte mit dem hypertrophischen Lappen bis in das linke Hypochondrium. Am Magen handelte es sich um absolut atrophische Zustände bis zur Achylia gastrica. Herz hochgradig anaemisch, zeigt braune Induration. Nieren stark anaemisch. In den Därmen war ausser Ecchymosen nichts weiteres zu finden. Schön ausgebildetes Meckel'sches Divertikel. Im Knochenmark dagegen fanden sich die ausgesprochenen typischen Zeichen der perniciösen Anaemie. Es war absolut kein Fett mehr da, von gelbem Knochenmark keine Spur. Es fanden sich ferner neben der Wirbelsäule, retroperitoneal, neben und hinter den grossen Gefässen einmal enorm dilatirte und gewundene Gefässe, dann noch eigenthümlich aussehende Lymphdrüsen, die sehr gross und weich waren, blutroth aussahen und uns sofort zur Diagnose zwangen, dass es sich hier um die in letzterer Zeit so wichtig gewordenen Blutlymphdrüsen handle. Diese unterscheiden sich von den gewöhnlichen dadurch, dass anstatt der Lymphsinus, Blutsinus vorhanden sind, die sich in derselben Weise wie die Lymphsinus verhalten. Wir haben es also hier mit einem unzweifelhaften Fall von perniciöser Anaemie zu thun, der sich dadurch vor allen Dingen auszeichnet, dass sich bei ihm das von Ehrlich angegebene, maassgebend sein sollende Criterium als unzuverlässig erwies, dass ferner hier die sogenannten Blutlymphdrüsen so besonders schön zur Anschauung kamen. In welcher Beziehung dieselben zur perniciösen Anaemie stehen, muss weiteren Forschungen vorbehalten bleiben. — Dr. A. Jacobi: Ich vermisse bei dem Bericht einen Punkt. Dr. Adler hat über den Zustand des Magens gesprochen, aber nicht über das Verhalten der Magendrüsen. In derartigen Fällen wurde viel über Drüsenatrophien gesprochen. — Dr. Adler: Ich habe angegeben, dass die Magenwände atrophisch waren.

A. Ripperger, Secretär.

Sitzung vom 27. December 1901.

Vorsitzender: Dr. Klotz.

Vorstellung von Patienten.

1) Dr. S. Welt-Kakels stellt ein *rachitisches Kind* vor. Dasselbe ist infolge ausgesprochener Muskelschwäche unfähig, den Kopf aufrecht zu halten.

Discussion. Dr. A. Jacobi: Die Muskelschwäche lässt sich durch die Rachitis erklären. Da die Muskulatur gut entwickelt ist, scheint die Schwäche auf einen Gehirnprocess zurückzuführen zu sein, allein dagegen spricht wieder der gute Geistezustand. Immerhin muss irgend wie das Gehirn betheiligt sein.

2) Dr. Wachenheim: Fall von *amaurotischer Familienidiotie.*

Der Fall betrifft ein 16-monatliches Kind aus unbelasteter Familie; die drei Geschwister sind angeblich normal. Die gegenwärtige Krankheit begann mit dem fünften Lebensmonate. Die Mutter bemerkte zunehmende körperliche und geistige Schwäche mit Abnahme des Sehvermögens. Bei der Untersuchung befanden sich die Extremitäten, besonders die oberen, hochgradig paretisch, die Haut und Sehnenreflexe aufgehoben. Die Sehkraft war nahezu auf Null reducirt. Im Augenhintergrund war ein kirschrother Fleck in der Macula zu constatiren, mit stark erblasster Umgebung. Der Sehnerv zeigte mässige Atrophie. Es ist dies ein Fall von sogenannter familiärer amaurotischer Idiotie und ist derselbe höchst characteristisch. Wie die meisten gehört auch dieser einer russisch-jüdischen Familie an. In diesem, wie in einem anderen der vier von mir bisher beobachteten Fälle, ist keine familiäre Beziehung zu eruiren.

3) Dr. Wolff stellt einen Fall von *Lähmung des rechten Abducens vor.*

4) Dr. Einhorn: Fall von *Wanderleber.*

Patient ist 47 Jahre alt, klagt seit 15 Jahren über Husten und Athembeschwerden. Man findet bei ihm Emphysem der Lunge und vollständige Wanderleber. Letztere ist schon durch die Inspection allein erkennbar. Die Wanderleber scheint hier secundär durch die starke Lungenausdehnung und durch die Hustenstösse aufgetreten zu sein.

5) Dr. Einhorn: Fall von *Neoplasma der Lunge.*

Patient ist 33 Jahre alt und hat vor 12 Jahren einen Schanker gehabt. Vor 4 Jahren wurde ein Hoden wegen Geschwulstbildung im Deutschen Hospital entfernt. Seit 5—6 Monaten Magenbeschwerden, bestehend in Schmerzen und Erbrechen, Gewichtsverlust. Husten war nie vorhanden. Bei der Untersuchung findet man Schenkelton beinahe über der ganzen linken Thoraxhälfte mit nur 2 oder 3 kleinen Zonen, über denen der Percussionsschall etwas heller ist. Die Ausculation ergiebt Abwesenheit von Rasselgeräuschen; stellenweise kein Athmen zu hören, stellenweise stark vermindertes Athmen. Die Stimme wird auf der linken Seite nicht fortgeleitet; Pectoralfremitus fehlt. Herz nach rechts verschoben. Leber und Milz vergrössert. Mageninhalt zeigt Hyperchlorhydrie, aber keine Stag-

nation. Seit einigen Tagen ist Patient heiser. Die Untersuchung des Kehlkopfes durch Collegen Freudenthal ergab vollständige Lähmung des linken Stimmbandes. Die Diagnose muss auf ein Neoplasma der linken Lunge mit grosser Wahrscheinlichkeit gestellt werden; derselbe geht entweder vom Mediastinum oder von der Lunge selbst aus.

Discussion. Dr. Rudisch frägt, ob eine Punction gemacht wurde. — Dr. Adler: Mir scheint es, als ob kein Neoplasma vorläge. Bei Lungentumor ist gewöhnlich Husten und Blutauswurf vorhanden. Ich glaube eher, dass es sich um Schwielen der Pleura handelt — Dr. Rudisch: Husten ist bei Lungentumor nicht immer vorhanden. Ich habe einen Fall von Lungensarcom gesehen ohne diese Symptome. — Dr. Klotz: Bei der von Dr. Einhorn erwähnten Exstirpation des Hodens handelte es sich um eine Sclerose desselben, unbestimmt welcher Natur. — Dr. Einhorn besteht auf seiner Diagnose und meint, dass die Abwesenheit von Husten eher für wie gegen Neoplasma spricht. — Dr. Adler betont nochmals, dass es sich nach seiner Ansicht um eine abgelaufene Pleuritis mit dicken Schwielen handelt.

6) Dr. Pisco demonstrirt einen Fall von *Lichen ruber planus.*

7) Dr. Fridenberg stellt einen Fall von *hochgradiger Myopie* vor, der durch Operation geheilt worden ist.

Discussion. Dr. Wolff: Das Resultat ist sehr günstig und zwar sowohl in practischer, als auch in cosmetischer Hinsicht.

8) Dr. Willy Meyer bespricht einen mit *intracranieller Neurectomie* behandelten Fall.

Discussion. Dr. Kammerer: Der vorgestellte Fall ist günstig verlaufen, allein die Statistik weist nicht so gute Resultate auf. Ich habe selbst einen Todesfall gehabt. — Dr. Willy Meyer: Krause hat unter 27 Fällen nur 4 Todesfälle gehabt. Die Operation als solche ist nicht so gefährlich, wenn es nur gelingt, die Blutung zu stillen. Ich möchte die Krause'sche Operation empfehlen.

9) Dr. Willy Meyer stellt einen Patienten vor, der scheinbar eine Hernie hatte, die operirt wurde und sich bei der Operation als *Blasendivertikel* erwies.

Discussion. Dr. Kammerer: Diese Fälle sind besonders für die Spinalanaesthesie geeignet.

Vorzeigen von Präparaten.

1) Dr. Rudisch demonstrirt ein vom Mediastinum ausgehendes *Lungensarcom.* Die Krankengeschichte ist folgende: Patientin, 53 Jahre alt, aufgenommen am 12. October 1901.

Seit zwei Monaten langsam ansteigendes Oedem des Gesichtes und des Halses, Dyspnoe. Nie Fieber, Husten oder Kopfschmerz. Seit 6 Tagen Oedem der Brüste. Patient schwitzt viel. Lymphdrüsen sind nicht zu fühlen. Das Ergebniss der Percussion ist folgendes: Vorn Dämpfung über der rechten Lungenspitze, über der oberen Hälfte des Sternum, etwas weniger ausgeprägt über der linken Lungenspitze. Percussion der beiden Achselhöhlen normal. Hinten erstreckt sich die Dämpfung rechts bis zum Angulus scapulae, ebenso links, jedoch nicht so ausgesprochen. Auscultation: Etwas vermindertes Athmen links vorn, rechts vorn und oben bronchiales Athmen, in geringerem Maasse in der rechten Axilla. Bronchophonie, kein Fremitus. Hinten rechts Bronchialathmen bis zum Angulus scapulae, links Athmen unbestimmt. Herzdämpfung unbestimmbar, nach abwärts nicht vergrössert. Herztöne rein, aber schwach. Puls langsam, schwach, regelmässig. Rechter Radialpuls schwächer als der linke. Leber und Milz nicht vergrössert. Urin normal.

30. Oct. Zuahmen der Dämpfung rechts, Venen stärker erweitert. Thyreoidea fühlt sich knorpelhart an.

5. Nov. Heiserkeit. Dr. Gruening findet eine Parese des linken Recurrens.

8. Dec. Dyspnoe schlimmer. Viele Anfälle von Asthma cardiale und bronchiale.

10. Dec. Dysphagie, Schluckgeräusch verlangsamt.

12. Dec. Exitus letalis.

Discussion. Dr. Einhorn: Der von Dr. Rudisch soeben mitgetheilte Fall ist ganz analog dem meinigen und dürfte daher meine Diagnose dadurch eine Bestätigung finden.

2) Dr. Adler demonstrirt eine *retroperitoneale Geschwulst* maligner Natur mit Cysten, sowie einen Fall von *Sepsis* bei einem Patienten mit Spondylitis cervicalis im Anschluss an Grippe. Bei der Section fand sich ein Abscess hinter den Musculi scaleni. Im rechten Herzen fanden sich Thromben, welche zahlreiche Streptococcen enthielten.

Discussion. Dr. Kammerer weist darauf hin, dass sich bei Mischgeschwülsten nicht häufig Metastasen finden. — Dr. Einhorn: Bei maligner Neubildung muss sich nicht immer Cachexie einstellen.

3) Dr. Mannheimer demonstrirt einen *Blutdruckmesser von Riva-rocci.*

Dr. Einhorn, stellvertr. Secretär.

Therapeutische und klinische Notizen.

— *Behandlung des Schweissfusses mit Tannoform.* Oberarzt Dr. Grumme benutzte das Tannoform rein als Streupulver, indem er es ausgiebig in die Strümpfe oder Fusslappen streuen liess, welche die Leute auf den frisch gereinigten Fuss anlegten und 24 Stunden anbehielten. Der Erfolg war in allen Fällen ausserordentlich gut, die Haut war dunkelbraun gefärbt und die Schweissabsonderung völlig beseitigt; nach einiger Zeit ging die Braunfärbung zurück und nach 3—4 Wochen setzte die Schweisssecretion wieder ein, so dass abermaliges Einstreuen nothwendig wurde. Schädliche Nebenwirkungen traten nie auf. Bei Mischung des Tannoform mit Talcum aus Ersparnissrücksichten, war die Wirkung weniger intensiv und nur von kurzer Dauer; Tannoformsalbe und Tannoformlösungen blieben ohne Erfolg. (Deutsche militärärztl. Zeitung, ref. Münch. med. Wochenschr., 1902, No. 8.)

— *Experimentelle Untersuchungen über Harnantiseptica* hat O. Sachs in der Neisser'schen Klinik zu Breslau angestellt. Die Untersuchungen erstreckten sich auf folgende Mittel: Urotropin, Acidum salicylicum, Salol, Methylenblau, Kalium chloricum, Oleum terebinthinae, Oleum santali, Balsamum copaivae, Acidum boricum und Folia uvae ursi. Es sollte durch die Untersuchungen festgestellt werden, ob der Harn bei innerer Darreichung der genannten Mittel entwicklungshemmende oder bacterientödtende Eigenschaften erhält. Die Untersuchungen ergaben nun, dass Letzteres der Fall ist bei innerer Darreichung von Antisepticis, welche in den Urin übergehen. Als das am meisten wirksame Mittel hat sich das *Urotropin* erwiesen. Die unter Urotropingebrauch (4,0 und mehr pro die) entleerten Harne zeigten nämlich deutlich abtödtende Wirkung auf die in ihnen enthaltenen oder zugesetzten Bacterien und zwar nicht nur bei saurer, sondern auch bei alkalischer Reaction. Dem Urotropin nahe stand *Acid. salicylicum*, das in den erforderlichen grossen Dosen öfters unangenehme Nebenwirkungen veranlasst. *Oleum santali, Methylenblau, Salol, Balsamum copaivae, Acidum camphoricum* und bisweilen auch *Ol. terebinthinae* zeigten in grossen Dosen entwicklungshemmende Wirkungen, *Kalium chloricum, Acidum boricum, Folia uvae ursi* keine erkennbare Wirkung. (Wiener klin. Wochenschr., 1902, No. 17 und 18.)

— Ueberraschende Erfolge mit intravenöser Injection von *Argentum colloidale* Credé theilt J. Müller in der Deutschen Medicinischen Wochenschrift (1902, No. 11) mit. Er behandelte auf diese Weise mit dem günstigsten Resultate einen Fall von schwerem Erysipelas bullosum, eine schwere Pneumonie, einen Fall von Meningitis cerebrospinalis epidemica, von Erysipelas phlegmonosum, drei Fälle von Perimetritis, einen Fall von Parametritis, vier Fälle von beginnender Mastritis, sowie einen Fall von hartnäckiger Lymphangitis am Vorderarme. Ausgezeichnete Erfolge sah er ferner zweimal bei Panaritium, dreimal bei Phlegmonen an den Extremitäten, einmal bei acutem Gelenkrheumatismus, zweimal bei Pleuritis exsudativa serosa, einmal bei Appendicits, einmal bei schwerer allgemeiner Peritonitis, einmal bei eitriger Meningitis, sowie zweimal bei phlegmonöser Angina. Ferner hat M. die Injection zweimal nach Rip-

penresection in Folge jauchigen Empyems der Pleura angewandt und gefunden, dass sich der Gestank auffallend schnell verlor und die Heilung schneller als gewöhnlich von statten ging. Sodann gebrauchte er das Collargol fünfmal bei einem neunjährigen Mädchen, dem er wegen schwerer Gelenktuberculose beide Kniegelenke hatte reseciren müssen. Das bis zum Skelett abgemagerte und vor der Anwendung des Collargols noch immer fiebernde Kind erholte sich nach den Injectionen auffallend schnell und die Wunden heilten zusehends. Auch bei fieberhafter Schwindsucht hat M. zweimal durchaus zufriedenstellende Besserungen constatiren können (Aufhören des Fiebers und der Nachtschweisse, Hebung des Appetits, Vermehrung des Körpergewichts etc.).

M. brachte stets eine einprocentige Lösung zur Verwendung und hat, abgesehen von dem fast regelmässig 1—4 Stunden nach der Injection auftretenden Schüttelfrost, in keinem Falle einen üblen Zufall erlebt, obwohl er gerade bei Kindern recht grosse Dosen gebraucht hatte. Er hegt auf Grund seiner günstigen Erfahrungen keinen Zweifel, dass das Argentum colloidale C r e d é bei septischen Processen von specifischer Wirkung ist. Er spritzt desshalb das Mittel auch mit demselben Vertrauen bei septischen Erkrankungen in den Körper ein wie das Heilserum bei der Diphtherie und kann weitere Versuche mit intravenösen Injectionen von löslichem Silber nur dringend empfehlen.

— *Mangan-Eisen-Pepton Gude.* H. M e t a l l in Wien hat mit G u d e's *Mangan-Eisen-Pepton* 23 Fälle von Anaemie behandelt, von denen 12 nach 14 Tagen den normalen Haemoglobingehalt des Blutes zeigten, fünf nach drei Wochen, fünf nach einem Monate; eine Patientin dagegen, die aber hereditär belastet war, wurde nur als gebessert entlassen und das Blut zeigte nach zweimonatlichem Eisen-Pepto-Mangangebrauche nur eine Steigerung des Haemoglobins bis 75 Procent. Es ist dies wohl ein Fall von Tuberculose gewesen, der unter dem Bilde einer hartnäckigen Chlorose seinen Anfang nahm. Ferner wurde der Liquor G u d e bei zwei Fällen von acuter Anaemie nach starker Blutung angewendet. Schon nach einer Woche wurde ein so günstiges Resultat erzielt, dass der Kranke sich vollkommen wohl fühlte und nur aus Angst vor weiterem Blutverluste noch eine Woche das Bett hütete. Bei drei Frauen, die in den ersten Schwangerschaftsmonaten abortirt hatten und sich nur langsam von ihrer Blutarmuth erholten, hat M. nach vierwöchentlichem Gebrauche des Liquor G u d e vollständige Genesung erzielt. Auch in 6 Fällen von Schwächezuständen und Blutarmuth nach chronischen und acuten Erkrankungen (Tuberculosis, Carcinoma, Scarlatina u. s. w.) konnte stets das Schwinden des Schwächegefühles und bedeutende Besserung des Allgemeinbefindens beobachtet werden. Nie wurden irgend welche unangenehme Nebenerscheinungen und schädliche Nachwirkungen während des Gebrauches des Mittels beobachtet. Aufstossen, Druck im Magen, Ueblichkeiten kamen nicht vor. M. kommt daher zu dem Schlusse, dass der Liquor mangano-ferri peptonati G u d e ein werthvolles und sicher wirkendes Blutbildungsmittel ist, das zur weitesten Verbreitung in geeigneten Fällen warm empfohlen werden kann. (Med. chirurg. Centralbl., 1902, No. 1, ref. Allgem. Wiener med. Ztg., 1902, No. 21.)

In ähnlicher Weise spricht sich J. W. F r i e s e r über das Mangan-

Eisen-Pepton Gude aus. Er empfiehlt das Präparat als gut bekömmlich und wirksam. Auch in schweren Fällen von Chlorose hat es sich zu 3 Esslöffeln täglich wohl bewährt, wenn die Kranken zu Anfang der Cur eine Zeit lang in einem genügend grossen, gut gelüfteten Zimmer fest zu Bett lagen. (Therap. Monatsh., 1902, No. 4 und Schmidt Jahrbücher, Bd. 274, 1902, Heft 5.)

— Ueber einen weiteren Fall von *Orthoformvergiftung* berichtet Malinowski. Derselbe hatte in Folge eines Traumas einige kleine Hautabschürfungen an der unteren Extremität erlitten, die er mehrere Tage hindurch mit Orthoform bestreute. Während das Verfahren in den ersten Tagen Linderung der Schmerzen ohne jede weitere Reaction brachte, trat vom 5. Tage an eine zunehmende entzündliche Reaction um die Wunden herum ein, während diese selbst ein jauchig-gangraenöses Aussehen annahmen; ausserdem entstand unter hohem Fieber am ganzen Körper ein variolaartiges Exanthem, das von Kaposi als toxisches, exsudatives Erythem bezeichnet wurde. Das Orthoform wurde beseitigt, worauf die Temperatur bald zur Norm fiel und die Reconvalescenz bloss durch die Ausstossung der necrotischen Gewebspartien etwas in die Länge gezogen wurde. (Gazeta lekarska, 1901, No. 48, ref. Centralbl. für Chirurgie, 1902, No. 18.)

Kleine Mittheilungen.

— Von Dr. Josef Bierer in Radautz erhält die Wiener med. Wochenschrift die Mittheilung über folgenden curiosen Fall: „Am 4. Mai d. Jhrs. kam zu mir die in Suczawica gebürtige, aber nach Russisch-Moldawitza seit drei Jahren verheirathete 21jährige R. M. mit der Angabe, es seien ihr von ihrem Manne vor ca. drei Monaten die Geschlechtstheile mit Draht vernäht worden. Wohl hätte sie die mit grossen Schmerzen verbundene Misshandlung nicht geduldet, wenn nicht ihr Mann ihr gedroht hätte, sie und ihr Kind umzubringen. Ueberdies habe sie durch drei Monate den Coitus mit ihm dulden müssen, wobei er zuvor die Drähte lüftete und nach vollbrachtem Beischlaf wieder zudrehte. Nun habe sie einen unbewachten Moment benützt, um mit ihrem Kinde auf dem Arm in ihre Heimathsgemeinde zu entfliehen, die sie nach einem tagelangen, angestrengten Fussmarsche erreichte. Die objective Untersuchung ergab nun Folgendes: Am rechten Oberschenkel deutliche, theils ältere, theils frischere Fingerabdrücke als Zeichen angewendeter Gewalt. Die grossen Labien geschwellt, beiläufig in ihrer Mitte von einem ca. 2 mm dicken, schwarzen, vielfach verrosteten Draht durchbohrt. Die beiden Enden desselben zweimal gedreht. Sagittal um diese Schlinge ragt eine zweite Drahtschlinge von derselben Qualität hervor, deren Enden ebenfalls zweimal gedreht sind. Nach Entfernung der Drähte mittels Kneipzange konnte eine ca. nussgrosse harte Infiltration an den Durchbohrungsstellen wahrgenommen werden. Die Heilung ging nun unter antiseptischer Behandlung ohne weitere Complicationen glatt vor sich, und wurde diese unerhörte barbarische Misshandlung des Mannes, der als mehrjähriger Kirchensänger schon zu den intelligenteren Bauern des Dorfes gehörte, dem Gerichte zur weiteren Amtshandlung angezeigt. Das Motiv der That soll Eifersucht gewesen sein." (Wiener med. Wochenschr., 1902, No. 25.)

New Yorker

Medicinische Monatsschrift.

Officielles Organ der

Deutschen Medicinischen Gesellschaften der Städte New York, Chicago, Cleveland und San Francisco.

Redigirt von Dr. A. Ripperger.

Bd. XIV. New York, Juli 1902. No. 7.

ORIGINALARBEITEN.

Was können wir bei acuter Appendicitis diagnosticiren?*)

Von Dr. Willy Meyer, New York.

Professor der Chirurgie an der N. Y. Post Graduate Medical School and Hospital; besuchender Chirurg am Deutschen und am N. Y. Skin and Cancer Hospital; consultirender Chirurg am N. Y. Infirmary.

Die Discussion der Frage: „Was können wir bei der acuten Appendicitis diagnosticiren?" ist zeitgemäss. Es hat sich, wie es scheint, bei vielen Aerzten die Ansicht ausgebildet, dass wir im Stande sind, eventuell neben der Lage des entzündeten Appendix, die wirklich anatomisch-pathologische Läsion des erkrankten Darmanhanges durch genaueste Untersuchung des Kranken und subtilste Analyse aller vorhandenen Symptome in den meisten Fällen zu bestimmen. Einige wenige Collegen bauen auf dieser, als klinisches Factum angenommenen Richtigkeit solcher pathologischen Diagnose sogar den Behandlungsplan auf. Sie lassen die supponirte Diagnose der pathologischen Unterabtheilung der acuten Entzündung des Appendix die Indication oder Gegenindication zur Operation bestimmen.

Die Richtigkeit, resp. Unrichtigkeit eines solchen Standpunktes, auf Grund meiner persönlichen Erfahrungen in der Diagnose und Behandlung der acuten Appendicitis, näher zu beleuchten, ist der Zweck dieses Vortrages.

*) Vortrag, gehalten in der Deutschen Medicinischen Gesellschaft der Stadt New York am 3. März 1902.

Discutiren braucht man die Frage eigentlich kaum mit den Collegen, welche stets sofort nach gemachter Diagnose „Acute Appendicitis" operiren. Für sie ist es, ich möchte sagen, gleichgültig, welche Schwere der Erkrankung jeweilig vorliegt. Unverzüglich Operation schlagen sie auf alle Fälle vor. Wozu also noch eine genauere pathologische Diagnose? Rein wissenschaftliches Interesse allein könnte sie veranlassen, ihre Diagnose zu verfeinern. Ohne Frage ist dieser, vom practischen Arzte und Chirurgen eingenommene Standpunkt der Frühoperation *in jedem Falle* der einfachste und für den Operateur der beneidenswertheste. Er braucht sich niemals länger zu besinnen, wenn er nicht will; er braucht nicht das Für und Wider bezügl. operativen Vorgehens genau zu überlegen. Er muss nur die Diagnose „Appendicitis acuta" richtig stellen. Ist dies geschehen, so ist damit auch die Therapie gegeben: sofortige Operation.

Persönlich habe ich schon seit Jahren aufrichtig gewünscht, ich könnte mich zur Annahme dieses Standpunktes entschliessen. Viel Sorge und Verantwortung würde Einem ohne Frage erspart. Ich konnte mich bislang jedoch nicht dazu verstehen, weil mir das sofortige Operiren in JEDEM Falle von acuter Appendicitis nicht das Beste für den Kranken zu sein schien. Die Operation während des Anfalles birgt für den Patienten (das wird allgemein zugestanden) event. mehr Gefahren in sich, als die im Intervall. Ferner ist die Frage der besten Art der Nachbehandlung, bei welcher der Patient für den Augenblick und für sein späteres Leben am wenigsten Risiko läuft, — die Frage „ob drainiren oder nicht" beim Operiren während des acuten Anfalles bei weitem schwieriger zu lösen, als bei der Operation im freien Intervalle. Jedenfalls ist das Drainiren in vielen Fällen die Grundursache für das spätere Auftreten einer Ventralhernie.

Ich werde darum, soweit ich augenblicklich sehen kann, auch weiterhin den vor sieben Jahren von mir aufgestellten Principien genauester klinischer Beobachtung von Patienten, die an acuter Appendicitis erkrankt sind[1]), treu bleiben, d. h., ich werde fortfahren, in jedem Falle bezüglich der Behandlung zu individuali-

[1]) Conf. "When shall we operate for appendicitis?" N. Y. Medical Record Vol. 49, 29. Febr. 1896.

siren, und mich durch die Frequenz des Pulses, den Grad des Druckschmerzes und die Höhe der Temperatur leiten lassen, ob ich im gegebenen Falle sofortige Operation oder sorgfältigste klinische Beobachtung anrathen soll. Geht der Puls hinauf auf 112 bis 116 oder gar 120 Schläge und mehr, — und hat er keine Neigung bald wieder zu fallen, ist der subjective Schmerz, sowie der lokale Druckschmerz dabei ausserordentlich heftig, letzterer auch bei der niemals zu unterlassenden Untersuchung per Rectum über der Douglas'schen Falte, correspondirt ferner die Höhe des Fiebers mit diesen Erscheinungen, noch mehr: thut sie dies nicht, das heisst, ist dieselbe auffallend niedrig, unter oder über 37.8° C. (100° F.), so operire ich prompt während des ersten Anfalles.

In der Beobachtung des Pulses soll man sich nicht täuschen lassen. Es ist absolut nothwendig, stets die ganze Minute durchzuzählen, nicht nur fünf oder zehn secundenlang und dann zu multipliciren. Auch darf man sich nicht durch event. zeitweilige Beschleunigung oder Unregelmässigkeit der Herz-Contractionen bei einem nervösen oder einem mit Herzfehler behafteten Patienten irre führen lassen. Wir alle wissen, wie das Erscheinen des Arztes, speciell eines vordem nicht gekannten consultirenden, manchmal auch bei einem weniger erregbaren Patienten die Herz-Contractionen plötzlich vermehrt. Man soll deshalb häufig wieder zählen und nicht verabsäumen, nach stattgehabter Consultation noch einmal an das Bett zu treten und sich über den wirklichen Zustand dieses wichtigsten der drei Cardinal-Symptome für die Stellung der Indication zur Operation zu vergewissern. Man soll ferner bedenken, dass dieses, obwohl an erster Stelle stehende, Cardinal-Symptom doch nur eines in der Kette mehrerer ist. Bei bestehender Incongruenz der klinischen Erscheinungen kann es deshalb nicht allein den Ausschlag für die einzuschlagende Therapie abgeben.

Hat man sich entschlossen, den Patienten nicht sofort zu operiren, sondern ihn, wie beschrieben, vorerst genau zu beobachten, so muss die Pflegerin instruirt werden, speciell den Puls des schlafenden Patienten wiederholt die ganze Minute durchzuzählen und beim Steigen desselben den behandelnden Arzt sofort zu benachrichtigen.

Opium in irgend einer Form wird in den ersten Tagen eines schwereren acuten Anfalles principiell niemals von mir verab-

reicht, um das vorhandene klinische Bild in Nichts zu beeinflussen. Absolute Ruhe, Eisbeutel auf die rechte fossa iliaca und flüssige Nahrung sind, neben strengster klinischer Beobachtung, die ganze Behandlung, vorausgesetzt, dass der augenblickliche Zustand des Patienten nicht sofortige Operation erheischt.

Ebenso principiell werden andererseits die hierzulande so gebräuchlichen Abführmittel vermieden. Ich halte es für absolut verkehrt, im Beginne der acuten Appendicitis den Darm dauernd zu peitschen, häufig die ganze Pharmacopoea Americana et Germanica durchzuprobiren, um Stuhlgang zu erzwingen. Bedenke man doch, dass es sich bei schwereren Fällen meist um eine Reflex-Parese oder gar Reflex-Paralyse des Darms handelt, resp. um Stuhl- und Windverhaltung infolge schon vorhandener, ausgedehnter Peritonitis. Solchen Zustand künstlich überwinden zu wollen, ist häufig vergebliches Bemühen. Ich bin fest überzeugt, dass durch solche Misshandlung des Darmcanals nicht selten eine drohende Perforation des schwer erkrankten Appendix zur Thatsache wird, — eine Perforation, die event., ohne die durch unser Thun erzeugte Drucksteigerung und Peristaltik im Darmcanal, für den betreffenden Anfall noch hätte vermieden werden können. Eine folgende Intervall-Operation hätte dann den drohenden Entzündungsherd in einfacherer und zugleich radicaler Weise entfernen können.

Selbstredend ist mit diesen Bemerkungen nicht gemeint, dass der Familienarzt zu der event. absolut nothwendigen Beruhigung eines sich vor Schmerzen windenden Patienten, in gewissen Fällen nicht zu einer einmaligen Morphin-Einspritzung seine Zuflucht nehmen dürfte. Es kommen ihm ohne Frage Fälle vor, wo er sich nicht anders helfen kann. Ebenso wenig möchte ich behaupten, dass Calomel oder ein anderes Abführmittel ganz im Beginne eines acuten Anfalles niemals verabreicht werden sollte. Ich persönlich thue es zwar nicht, glaube aber, dass solch frühzeitiges Ausreinigen des Darmcanals von oben her, oder die Entleerung eines bei rectaler Untersuchung mit Kothmassen angefüllt getroffenen Mastdarms durch einen Einlauf, in einzelnen Fällen von acuter Appendicitis Gutes stiften mag. Doch lässt sich im gegebenen Falle sicherlich nicht vorausbestimmen, ob nicht das gerade Gegentheil eintreten wird. Jedenfalls sollte aber der Darm in Ruhe gelassen werden, wenn ein *einmaliger* Versuch von oben oder von unten Entleerung herbeizuführen, keine Wirkung gehabt hat.

Mildern sich die genannten klinischen Symptome von Stunde zu Stunde, sinkt vor Allem die Puls-Frequenz, und besteht somit die Hoffnung, dass der Kranke den Anfall übersteht, so fahre ich fort, mit Hülfe der an das Krankenbett von Anfang an bestellten Pflegerin, in der Privat-Praxis wie im Hospital den Patienten sorgfältig zu beobachten. Im Verlauf des zweiten Tages des ersten Anfalles wird sich in den meisten Fällen zeigen, ob diese Hoffnung wirklich Berechtigung hat.

Für den zweiten oder gar dritten, etc., mittelschweren Anfall von acuter Appendicitis ist diese Art der klinischen Beobachtung weniger zuverlässig; es addirt sich da die neue Entzündung zu den durch die erste und ihre Prodromalstadien geschaffenen Veränderungen. Plötzliche Verbreitung des Processes über die Grenzen des Wurmfortsatzes hinaus ist drohender als bei der ersten Attacke. Ich befürworte deshalb in solchen Fällen stets die sofortige Operation. Persönlich habe ich entschieden die meisten Fälle von acuter Appendicitis mit letalem Ausgange im zweiten Anfalle trotz ausgeführter Operation zu Grunde gehen sehen.

Der Entschluss, bei dem ersten Anfalle von acuter Appendicitis im gegebenen Falle zu temporisiren, soll erst nach sorgfältigst aufgenommener Anamnese, nach genauester Untersuchung des Kranken und nach reiflichster Ueberlegung gefasst werden. Bin ich nach dem ganzen Eindruck, den der Kranke macht, auch in Gegenwart etwas milderer klinischer Symptome, im ernsten Zweifel, ob solch weiteres Beobachten nach bestimmten Principien berechtigt ist, so rathe ich lieber zur Operation. Nach meiner persönlichen Erfahrung liegen diesen Fällen meist Gangränzustände des Appendix zu Grunde. Eine verfeinerte Diagnose der anatomischen Läsion des Wurmfortsatzes würde den Rath des Arztes hier ganz besonders beeinflussen. Die Möglichkeit, eine solche event. stellen zu können, wird weiter unten discutirt.

Jedenfalls soll man aber nicht optimistisch sein, auch nicht zu dogmastisch an solchen Principien genauester Kranken-Beobachtung bei acuter Appendicitis festhalten. Es kommt vor, dass am zweiten oder dritten Tage plötzlich Schüttelfrost auftritt, als Zeichen acutester, schwerer allgemeiner Sepsis, welcher der Patient, trotz sofortiger Operation und bei weitem Offenlassen der Bauchhöhle etc. erliegt. Gerade solche traurige, glücklicherweise seltene, Fälle sind es, die den Chirurgen immer und immer wie-

der drängen, in jedem Falle eines schwereren ersten Anfalles von acuter Appendicitis sofortiges Operiren dringend zu befürworten, d. h. also, *niemals* zu temporisiren, um damit auch diese armen Kranken, meistens Kinder und junge Leute in vorher blühendster Gesundheit, dem Tode zu entreissen. Doch kommt man auf die Dauer dann wieder mit seinen eigenen eingewurzelten Anschauungen und denen des practischen Arztes in Conflict. Er, welcher alle diese Fälle stets zuerst zu Gesicht, oft auch zur alleinigen Behandlung bekommt, sieht zu viele Fälle von acuter Appendicitis im ersten Anfalle ohne Operation davon kommen. Der Chirurg schuldet es dem inneren Kliniker, auch dessen Erfahrungen Gerechtigkeit widerfahren zu lassen, und sein Vorgehen den Anschauungen des practischen Arztes anzupassen.

Dieser Satz gilt nach meiner Ansicht aber nur für die Stadtpraxis. Der Arzt auf dem Lande thut am Besten, jeden Patienten mit acuter Appendicitis sofort zu operiren oder operiren zu lassen, resp. in das nächste Krankenhaus zu überführen, vorausgesetzt, dass der Zustand des Patienten dies noch gestattet. Bei den weiten Distanzen auf dem Lande möchte eine dadurch entstandene Verzögerung in der plötzlich nothwendig gewordenen Operation dem Kranken sonst nicht selten verhängnissvoll werden.

Allerdings — das darf bei der Betrachtung dieser Frage nicht vergessen werden — setzt der Arzt beim berechtigten Zuwarten, das heisst, beim Nichtoperiren auf Grund des Zurückgehens der Schwere der vorhanden gewesenen Symptome, speciell der Pulsfrequenz, seinen Patienten der Möglichkeit, oft Wahrscheinlichkeit der Bildung eines perityphlitischen Abscesses aus. Wird derselbe, wie es gewöhnlich geschieht, am Ende der ersten Woche oder im Verlaufe der ersten Hälfte der zweiten Woche der Krankheit eröffnet, so liegen die anatomischen Verhältnisse event. so, dass es dem Operateur das Rathsamste zu sein scheint, nach dem Appendix als solchem resp. seinem Ueberbleibsel, nicht besonders zu fahnden. Und dieses Ueberbleibsel, resp. sein Inhalt (in Gestalt von Kothsteinen) mag nach Monaten oder Jahren neue Entzündungen, oft wiederholt, anfachen; es kann die Ursache einer permanenten oder sich intermittirend öffnenden Fistel abgeben; feste Adhäsionen zwischen den Darmschlingen oder resultirende bandartige Stränge können später Darmobstruction bedingen. Jeder beschäftigte Chirurg hat

solche Fälle erlebt. Aber ihre Zahl ist im Vergleich zu denen, welche ohne Entfernung des Appendix oder seiner Reste zur Zeit der Eröffnung des perityphlitischen Abscesses später dauernd gesund bleiben, so klein, dass sie für Unterstützung der Empfehlung einer Früh-Operation in *jedem* Falle nicht allzusehr in die Wagschale fallen. Immerhin könnten sie für manchen Operateur, nach besonders betrübender Erfahrung in derartigen Fällen, für seinen Uebergang zum Standpunkt der Radicalen bestimmend sein.

Ausdruck geben möchte ich hier jedenfalls meiner festen Ueberzeugung: Sähen die Chirurgen *alle* Fälle von acuter Appendicitis innerhalb der ersten ein- bis zweimal 24 Stunden des ersten Anfalles, so würde der die meisten Menschenleben retten, resp. die Wiederherstellung solcher Kranker auf das Wirksamste beschleunigen, welcher stets sofort operirt. Die Frühoperation in *jedem* Falle von acuter Appendicitis ist die sicherste Behandlung „quoad vitam." Ob sie im *individuellen Falle* auch die beste „quoad completam valetudinem" repräsentirt, ist vorderhand noch eine offene Frage. Für den Einzelfall betrachtet, ist solche schablonenmässige Behandlung, augenblicklich wenigstens, obwohl die sicherste, nicht nothwendigerweise auch immer die beste. Die schon erwähnte Möglichkeit der Entstehung einer Bauchhernie an der Operationsstelle kommt da speciell in Betracht. Die Zukunft wird lehren, was das Beste ist, besonders dann, wenn die wichtige practische Frage sich weiter geklärt hat, ob, event. wann wir berechtigt sind, in solchen früh (innerhalb der ersten 24—36 Stunden der Erkrankung) operirten Fällen, die ganze Wunde sofort zu schliessen und auf die übliche Gaze-Drainage zu verzichten, das Gesundwerden somit den unserem Organismus innewohnenden Schutzkräften anzuvertrauen, nachdem der Haupt-Infectionsherd durch die Operation entfernt wurde. Immerhin können wir uns aber auch heutzutage schon in einer grösseren Anzahl von früh gesehenen Fällen acuter Appendicitis im ersten Anfalle zur sofortigen Operation leichter entschliessen, als wir in den Besitz von Operationsmethoden gekommen sind, die, selbst nach Drainage der Bauchhöhle durch weit aufgelassene Wunde, den Eintritt eines späteren Bauchbruches nahezu mit Sicherheit verhindern. Die stumpfe Spaltung des Musculus obliquus internus und transversus in der Richtung ihres Faserverlaufes, je nach der vorliegenden Nothwendigkeit mit und ohne Verlänge-

rung der ebenso quer verlaufenden Incisionswunde des Peritoneums nach der Mittellinie zu (McBurney-Weir), ist da speciell zu nennen.

Ich wiederhole noch einmal, dass obige Darlegungen bezüglich genauer klinischer Beobachtung solcher Kranken nur auf die ersten 48 bis 60, höchstens 60 bis 72 Stunden des *ersten Anfalles* von acuter Appendicitis Bezug haben. Während dieser Zeit spielt sich bekanntermaassen fast ausnahmslos der klinisch wichtigste Theil der Erkrankung ab: es entscheidet sich, ob sofortiges Operiren von Nöthen ist, oder ob der Anfall überstanden wird, mit oder ohne Abscessbildung.

Sind schwere klinische Symptome noch am Ende des dritten Tages vorhanden, d. h., wurde der Patient nicht operirt, und beträgt die Pulszahl dann noch über 120, auch während des Schlafes, in Gegenwart von noch anderen beängstigenden Symptomen, wie Erbrechen, Tympanitis, Wind- und Stuhlverhaltung, ganz besonders *„ohne Vorhandensein eines umgrenzten Tumors"*, so ist in der Mehrzahl der Fälle allgemeine Sepsis ausgeprägt, und die Hoffnung, durch Operation Hülfe zu bringen, fraglos eine viel geringere. Immerhin verfüge ich über eine Anzahl von schweren Fällen, durchweg mit weithingehender Eiterung, die, obgleich erst während dieser Periode operirt, durch ausgiebigste Tamponade und Offenlassen der ganzen Wunde, nach wochenlangem Krankenlager noch mit dem Leben davon gekommen sind.

Ist andererseits in der zweiten Hälfte des dritten Tages der Puls niedriger, zwischen 100 und 112, und die übrigen Symptome im Einklang damit, so ist die Prognose günstiger. Der Anfall geht entweder zurück, oder es bildet sich ein perityphlitischer Abscess, der abgegrenzt, wie schon oben bemerkt wurde, meistens am Ende der ersten, spätestens im Beginne der zweiten Woche der Krankheit entleert wird.

Am 5ten, 6ten und 7ten Tage des Anfalles ist die Höhe der Temperatur von grösserer Wichtigkeit, als während der ersten Tage. Dann vorhandenes, auch mässiges, Fieber spricht für die Gegenwart von Eiter. Derselbe wird sich für gewöhnlich bald klinisch nachweisen lassen. Rectal-Exploration findet ihn häufig im Douglas'schen Raume.

Von grosser practischer Wichtigkeit bezügl. Zurückgehens acuter Entzündungserscheinungen im Appendix erschien mir

stets die wiederkehrende Fähigkeit des Patienten, Winde zu passiren. Ein einziger Wind in der zweiten Hälfte des dritten Tages des Anfalles *spontan* gelassen, ist für mich ein Zeichen, dass die das Leben bedrohenden Erscheinungen vorüberzugehen anfangen.

Ob es, mit Rücksicht auf die Möglichkeit der radicalen Entfernung des entzündeten Wurmfortsatzes, gerathen ist, bei eingetretener, nachweisbarer perityphlitischen Eiterung, jetzt, am vierten, fünften oder sechsten Tage der Erkrankung den Eiterherd anzugreifen, bedarf noch weiterer gründlicher Discussion. Ich selbst habe bislang lieber, unter genauer Beobachtung des Kranken, auch wohl mit Verabfolgung von Opium-Suppositorien, einige Tage mit der Eröffnung des Abscesses gezögert, theils, um dem Organismus Zeit zu geben, den Abscess durch Festwerden der Grenzadhäsionen von der gesunden Bauchhöhle genügend abzugrenzen, andererseits, um ihn von der Schwere des ersten septischen Ansturmes sich erholen zu lassen. Persönlich habe ich es mir zur Regel gemacht, bei der Eröffnung des Abscesses den Appendix nur dann zu entfernen, wenn er deutlich zu Tage liegt und ohne ausgedehntes Lösen der Adhäsionen zu entfernen ist. Jeder Chirurg ist gewohnt bei solchem Vorgehen, selbst bei Eröffnung des Abscesses durch die freie Bauchhöhle hindurch, selbstredend nur nach vorheriger gründlicher Schutz-Tamponade, diese Fälle für prognostisch gut anzusehen. Attackiren wir den sich bildenden Abscess aber unverzüglich nach Abklingen der allerersten, schweren Symptome, d. h. zwischen dem vierten und sechsten Tage inclusive, lösen wir jetzt, oder auch, lösen wir bei der Operation zwischen dem siebenten bis zehnten Tage der Erkrankung die Adhäsionen und exstirpiren das erkrankte Organ, so liegt jedenfalls die begründete Befürchtung nahe, dass der Organismus noch nicht genügende Antitoxine gefertigt hat, um die, mit der Befreiung des Appendix aus seinen Adhäsionen nothwendigerweise verbundene, sich wieder einstellende Resorption grösserer Mengen septischer Substanzen zu bewältigen. In einem gewissen Procentsatz der Fälle wird der Organismus dieser zweiten Invasion erliegen, was nicht geschehen wäre, hätte der Chirurg sich mit der einfachen Entleerung des Eiters, ohne Rücksicht auf den Wurmfortsatz selbst, begnügt. Dieses wird so lange der Fall sein, bis die Bacteriologie uns ein zuverlässiges

Antitoxin in die Hand gegeben haben wird, unter dessen Schutz wir mit *einem* Schlage Herr der Situation werden.

Hat der Patient den ersten Anfall ohne Operation und ohne Abscessbildung überstanden, so rathe ich dringend zur baldigen Intervall-Operation. Ich sage mit Nachdruck: Ich rathe zur Intervall-Operation *nach dem ersten Anfalle,* weil kein Arzt der Welt einem derartigen Patienten sagen kann, ob er von einem weiteren Anfall verschont bleiben wird oder nicht, und, wenn er ihn bekommen sollte, wo und wann derselbe ihn treffen wird, ob nicht vielleicht während einer Oceanreise, oder im Gebirge u. s. w. fern von sachgemässer chirurgischer Hülfe; weil, ferner, kein Arzt der Welt sagen kann, ob nicht einem scheinbar leichten Anfalle ein schwererer, sofortige Gefahr mit sich bringender folgen wird. Seien wir doch eingedenk der unanfechtbaren Thatsache, dass in sehr vielen Fällen der sogenannte erste Anfall durchaus nicht der erste Beginn der Krankheit ist, die wir acute Appendicitis nennen. Eine Unzahl von Fällen beweist uns, dass sich schwer wiegende pathologische Veränderungen innerhalb des Appendix, häufig unbemerkt vom Patienten, langsam vorbereiten und dann, bis zu einem gewissen Culminationspunkte gediehen, plötzlich, meistens aus uns bislang noch unbekannter Ursache, den ersten Anfall auslösen. Wie ich mich vor Jahren ausdrückte (L. c.): „Das, was wir den ersten Anfall zu nennen gewohnt sind, ist die erste Explosion, nicht der Beginn der Erkrankung." Es ist deshalb entschieden im besten Interesse des Patienten gehandelt, wenn wir einen Appendix, der *einmal* deutlich entzündet gewesen, als ein erkranktes Organ betrachten, das, so lange es innerhalb der Bauchhöhle verbleibt, jeden Augenblick das Leben des Trägers gefährden kann. Betrachten wir als des Arztes Hauptaufgabe, Leben zu retten, so ist der Rath, *nach dem ersten* glücklich überstandenen Anfalle, den Appendix exstirpiren zu lassen, der einzig richtige. Man kann getrost den Satz aussprechen: Vom breiten Standpunkte des Lebens aus betrachtet ist die Gefahr für den Patienten grösser, wenn er sich nicht nach dem ersten Anfalle operiren lässt, als wenn er sich der Operation unterzieht. Denn in den Händen eines aseptisch operirenden Chirurgen ist die Todesrate solcher Intervall-Operationen Null, oder sicherlich weniger als 1 Procent, und diese niedrige Mortalitätsziffer ist noch zumeist auf Rechnung vorher unberechenbarer, ausnahmsweise auftretender Complicationen zu setzen.

Natürlich ist es uns Allen bekannt, dass eine ganze Anzahl Menschen, nach einem einmal durchgemachten Anfalle von acuter Appendicitis, von dieser Erkrankung niemals wieder befallen wird. Wir können aber, wie gerade erwähnt, nicht bestimmen, wer unter unseren Kranken dieser Beneidenswerthe sein wird. Ja, wäre es möglich, vom Gesichte unserer Patienten abzulesen, oder nach Betrachtung, resp. Betastung ihres Abdomens zu bestimmen, ob weitere Anfälle zu erwarten stehen oder nicht; könnte man den Zustand des Appendix mit Hülfe der Röntgen-Strahlen zur Anschauung bringen, die Sache läge anders. Wie die Sache aber in Wirklichkeit liegt, ist jedes derartige Prognosticiren pures Rathen, und die auf solcher Basis aufgebaute Behauptung, dass eine Operation nicht, oder *noch nicht* nothwendig sei, zwar von dem betr. Kranken stets gerne gehört, aber wenig den wirklichen Thatsachen entsprechend. Würden die Aerzte immer darauf dringen, dass ihre Patienten nach *ein Mal* überstandenem Anfalle von acuter Appendicitis im Intervall operirt werden, wochen- und monatelanges Leiden könnte später vielen derselben erspart bleiben! Würden wir dann je von einer, bei der Intervall-Operation nothwendig gewordenen Resection des Ileo-Coecums wegen unentwirrbarer Darmverwachsungen lesen? Die Exstirpation des Appendix (unter Einstülpen und Uebernähen des Stumpfes) kurze Zeit *nach überstandenem ersten Anfalle,* mit Hülfe der intermusculären Operationsmethode, ist augenblicklich die ideale Behandlung der Appendicitis. (Selbstredend vorausgesetzt, dass der erste Anfall selbst die Operation nicht erforderte.) Die Heilungsdauer post operationem ist die denkbar kürzeste; die Bauchwand hinterbleibt ungeschwächt; Tragen einer Binde ist niemals von Nöthen.

Könnten die Chirurgen jeden Anfall von acuter Appendicitis innerhalb der ersten 24 Stunden sehen, so dürfte man, glaube ich, diesen Satz schon heute anders fassen, und sagen: „sofortige Operation *innerhalb der ersten 24 Stunden* des ersten Anfalles ist die idealste Therapie." Denn man könnte dann, selbst ohne die Ergebnisse weiterer Experimente und Beobachtung über sich bildende Schutzkräfte des Organismus etc. abzuwarten, die Hoffnung hegen, unter Uebertragung der Intervall-Technik auf die Operation während des Anfalles (wenigstens in nicht perforativen Fällen) nicht nur die meisten Patienten zu retten, sondern sie auch, durch sofortiges Schliessen der Bauchhöhle, vor unan-

genehmen und schädlichen Folgezuständen der Operation zu bewahren. Doch das ist ein pium desiderium; es ist in praxi für den Chirurgen unmöglich, jeden an acuter Appendicitis Erkrankten am ersten Tage des Anfalls zu sehen, und wird, fürchte ich, immer unmöglich bleiben. Wir müssen uns darum den gegebenen Verhältnissen anpassen und, in dem Bestreben für unsere Kranken das beste zu thun, auf Grund feststehender Thatsachen streng individualisirend unseren Rath ertheilen.

Die Einnahme des soeben dargelegten, nach meiner Ansicht logischen Standpunktes, schliesst die Einnahme des radicalen Standpunktes sowohl nach der medicinischen, wie nach der chirurgischen Seite hin aus und dürfte, wenn allgemein acceptirt, dazu beitragen, die seit Jahren bestehende Controverse über die therapeutische Herrschaft der acuten Appendicitis zu klären, wenn nicht gar definitiv zu schlichten. Denn der innere Kliniker kann nach den gesammelten Erfahrungen der letzten acht Jahre heutzutage nicht mehr behaupten, dass er einen Patienten ein für allemal von seiner Appendicitis „curirt" habe, wenn derselbe eine Anzahl von Jahren anfallsfrei geblieben ist. In Wirklichkeit hat er doch seinem Clienten nur beim Ueberstehen des ersten Anfalles geholfen; ob derselbe *dauernd* davon verschont bleiben wird, weiss er nicht, selbst nicht nach acht bis zehn Jahre langer Beobachtung. Ich persönlich habe unter Anderen einen Kranken im zweiten Anfalle nach Eröffnung eines unter der Leber gefundenen peri-appendiculären Abscesses fast verloren, nachdem er dreizehn volle Jahre anfallsfrei gewesen und sich bester Gesundheit erfreut hatte. Jeder beschäftigte Chirurg verfügt über eine Anzahl solcher zur Operation gekommener recidivirender Appendicitiden mit auffallend langem Intervall.

Internisten wie Chirurgen sollten sich gegenseitig gerne zugestehen, dass, wenn je eine, dann die Behandlung *dieser* Krankheit dem Grenzgebiete angehört, — Internisten wie Chirurgen sollten sich klar sein darüber, dass die Krankheit während der ersten 24—60 Stunden des Anfalles jeden Augenblick von der medicinischen Seite in die chirurgische überspringen kann. Vielleicht thäten die, heute in jedem Falle von acuter Appendicitis stets sofort operirenden, Chirurgen nicht unrecht, wenn sie in diesem Sinne den inneren Klinikern entgegen kämen, ihnen das Recht der Mitbehandlung dieser Kranken unter der oben beschriebenen genauesten klinischen Beobachtung einräumten und ihnen

mit ihrer Autorität beiständen in dem Versuche, den Kranken durch den ersten Anfall ohne Operation zu bringen. Mit absoluter Bestimmtheit sollten die Chirurgen dann aber, nach glücklicher Ueberwindung des ersten Anfalles darauf bestehen, dass jetzt die Krankheit eine chirurgische geworden ist.*)

In diesem Sinne sollte die Angelegenheit auch dem Patienten resp. seinen Familienangehörigen klargelegt werden. Verweigern dieselben dann die Intervall-Operation, so tragen sie auch die weitere Verantwortung. Der Arzt hat mit der Ertheilung und Motivirung seines Rathes in gewissenhafter Weise seine Pflicht gethan.

Für mich ist demnach Appendicitis eine operatives Einschreiten erheischende Erkrankung *während des ersten Anfalles oder nach demselben.*

Ich habe mir gestattet, Herr Präsident und meine Herren, Ihnen zunächst einleitungsweise in kurzen Zügen meine Art des Vorgehens bei acuter Appendicitis, sowie meinen Standpunkt bezüglich der Indicationsstellung zum Operiren während der ersten ein bis zwei, event. auch drei Tage des ersten acuten Anfalles darzulegen, da ich nicht erwarten kann, dass Sie alle wissen, wie ich seit den letzten sieben Jahren diese Kranken beobachte und behandle. Jedenfalls können Sie daraus ersehen, dass ich noch zu dem Lager jener Collegen gehöre, welche Ursache haben, auch nach ihrem practischen Thun, die neuerdings mehr in den Vordergrund der Discussion gestellte Frage zu besprechen: „*Was* können wir bei der acuten Appendicitis diagnosticiren?"

Betonen möchte ich, dass die heute Abend aufgeworfene Frage also nicht lautet: „*Wie* können wir acute Appendicitis diagnosticiren?" sondern: „*Was* können wir bei acuter Appendicitis diagnosticiren?" d. h., lässt sich die Diagnose der richtig erkannten acuten Entzündung des Wurmfortsatzes vor der Operation weiterhin in Unterabtheilungen zergliedern, und, wenn

*) Vorderhand würde durch solch beiderseitiges Entgegenkommen unseren an Appendicitis erkrankten Patienten schon ein enormer Nutzen erwachsen. Wird die operative Nachbehandlungsmethode dann noch weiter vervollkommnet, können wir speciell wagen, bei den früh operirten Patienten von Drainage abzusehen, so wäre der Schritt zur sichersten Behandlung im Beginne des Anfalles gesehener und früh richtig diagnosticirter Fälle von acuter Appendicitis: „das heisst, stets während der ersten 24 Stunden zu operiren," auch für den inneren Kliniker ein leichterer.

dies möglich ist, nach welchen Gesichtspunkten sollte dies am Besten geschehen?

Die Diagnose der acuten Appendicitis als solche, wie auch ihre Differential-Diagnose, liegt dieser Besprechung absolut fern.

Ich gehe demnach von der Annahme aus, dass eine plötzlich aufgetretene, schwere intra-abdominelle Erkrankung *richtig* als erster Anfall einer acuten Appendicitis *diagnosticirt worden ist und sich noch in den ersten zwei, höchstens drei Tagen ihrer Entwickelung befindet;* der behandelnde Arzt, resp. der hinzugezogene Chirurg, gehören nicht zu denen, welche eine sofortige Operation in jedem Falle von acuter Appendicitis für richtig befinden; die Symptome sind klinisch auch nicht der Art, dass unverzügliches Operiren indicirt ist. Man muss den Patienten demnach vorerst unter Behandlung resp. Beobachtung stellen, um zu sehen, ob er den Anfall übersteht, resp. um den richtigen Zeitpunkt zum Eingriff zu treffen, besser gesagt, nicht zu verpassen. Jetzt tritt die Frage an uns heran: Soll diese Beobachtung auf klinischer Grundlage oder auf pathologisch-anatomischer vor sich gehen, d. h. sollen wir uns in unserer Bestimmung leiten lassen von den Symptomen, die der Kranke für Alle, die berufen sind ihn zu beobachten, darbietet, oder, sollen wir das jeweilige anatomische Bild des acut erkrankten Appendix durch Verfeinerung unserer Diagnose zu ergründen suchen und nach dem Resultat *dieser* Diagnose bestimmen, ob in dem gegebenen Falle eine sofortige Operation von Nöthen ist oder nicht.

Ich werde mich bemühen, diese Frage nicht nur vom chirurgischen Standpunkte aus zu beleuchten, sondern auch zugleich festzustellen suchen, ob ein Nutzen resp. welcher Nutzen event. dem inneren Kliniker und damit dem sich ihm anvertrauenden Kranken erwächst aus einer verfeinerten Diagnose des jeweils vorliegenden anatomisch-pathologischen Krankheitsbildes des acut entzündeten Appendix, vorausgesetzt eine solche Verfeinerung gehörte wirklich in der grösseren Mehrzahl der Fälle zu den diagnostischen Möglichkeiten.

Nachdem die Hauptdiagnose „Acute Appendicitis" gestellt ist, kann eine Verfeinerung derselben gerichtet sein:

1. auf die Bestimmung der Lage des Appendix;
2. auf die Classification der Art der Entzündung, und
3. auf den Grad und die Ausdehnung der begleitenden Peritonitis, in Fällen, wo die Entzündung schon über die Grenzen des Appendix hinausgegangen ist.

1. *Bestimmung der Lage des Appendix.*

Seit Jahren ist es mir in einer grossen Anzahl von Fällen von acuter Appendicitis, die ich innerhalb der allerersten Tage der Erkrankung zu untersuchen Gelegenheit hatte, gelungen, mit Hülfe des *objectiven Druckschmerzes* die Lage des Wurmfortsatzes zu eruiren. Palpirt man schrittweise mit Hülfe der Kuppe eines Fingers, z. B. des rechten Mittelfingers, die rechte Bauchhälfte, so wird man die Mitte der Verbindungslinie zwischen Nabel und spina anterior superior dextra, den sogenannten M c-B u r n e y'schen Punkt, meist schmerzhaft finden. Wie bekannt, entspricht dieser Punkt für gewöhnlich der Einmündungsstelle des Appendix in's Coecum. Bei kleinen Kindern liegt dieselbe ein- bis zweifingerbreit höher. Intensivere Schmerzensäusserungen seitens des Kranken können aber häufig hervorgerufen werden beim Drücken einer Stelle etwas oberhalb oder unterhalb des erwähnten Punktes. Befindet sich in einem Falle von unzweifelhafter acuter Appendicitis der Hauptdruckschmerz innerhalb oder unterhalb der oben genannten Linie, und eruirt der untersuchende Finger per vaginam oder rectum eine besonders schmerzhafte Stelle, eventuell sogar einen exquisit empfindlichen Strang in der rechten Beckenhälfte, so wird man mit Recht den Wurmfortsatz an seinem normalen Platze erwarten dürfen. Liegt dagegen die auf Druck hauptsächlich schmerzhafte Stelle oberhalb jener Linie, entlang der crista ilei, speciell in der Lumbalgegend hinter dem caput coli, so werden wir selten irre gehen in der Annahme, dass im gegebenen Falle der Appendix nach hinten geschlagen ist. Ich habe mich bezüglich der Stelle der Incision stets von diesem Befunde leiten lassen und kann behaupten, dass ich bei der folgenden Operation den entzündeten Darmanhang in allen Fällen fand, wo ich ihn als nach hinten gelagert erwartet hatte.

Versuche, den acut entzündeten Wurmfortsatz durch directe Palpation mit einer Hand oder auf bimanuellem Wege zu localisiren, schlagen in dieser Klasse von Fällen meistens fehl. Dann und wann, bei günstiger Lage des erkrankten Organs, gelingt es natürlich, einen vergrösserten, auf Druck ausserordentlich empfindlichen, länglich runden Strang unter die Finger zu bekommen. In der grösseren Mehrzahl von Fällen schwerer acuter Appendicitis ist der Druckschmerz des schon fast stets mitbetheiligten Peritoneal-Ueberzugs der Fossa iliaca jedoch so in-

tensiv, dass eine gründliche und verlässliche Palpation ausser aller Frage ist. Und zu diesem Zwecke allein den Patienten zu narcotisiren wird gewiss kein Arzt je unternehmen. Ausserdem könnte eine solche Ab- und Durchtastung des entzündeten Appendix event. directen Schaden anstiften.

Mit gütiger Erlaubniss unseres Mitgliedes Dr. S. J. Meltzer möchte ich hier einer von ihm zuerst angegebenen und seit mehreren Jahren geprüften Methode Erwähnung thun, die uns in der Diagnose, event auch in der Bestimmung der Lage des entzündeten Appendix vielleicht von grossem Nutzen sein dürfte:

Unter normalen Verhältnissen soll der Appendix sich in der rechten fossa iliaca befinden, d. h. auf dem Bauche des musculus ileo-psoas, von dem er durch die dünne Schicht des Parietal-Peritoneums, der fascia transversalis und der Ileo-psoas-Fascie getrennt ist. Active Contraction des Ileo-psoas-Muskels wird das Volumen seiner Substanz vermehren und damit einen auf ihm lagernden Appendix der vorderen Abdominalgegend in gewissem Grade entgegenheben. Drückt nun der untersuchende Arzt zwei oder drei Finger seiner Hand sanft aber so tief wie möglich, in die fossa iliaca ein, über oder in directer Nähe vom McBurney'schen Punkte, und lässt er nun den auf dem Rücken liegenden Kranken das gestreckt gehaltene und auswärts rotirte rechte Bein in der Hüfte langsam beugen und bis nahe zur Senkrechten emporheben, so muss der entzündete Appendix unter stärkeren directen Druck kommen und damit schmerzhafter werden als vordem. Adduction und Abduction im Hüftgelenk in dieser Stellung mögen noch weitere Aufschlüsse geben. In einer Anzahl von Fällen, speciell chronischer Entzündung, muss auch die directe Palpation des Appendix durch diese Untersuchungsmethode gefördert werden. Vielleicht ist auch, scheint mir, bei negativem Resultat solcher Untersuchung der Schluss erlaubt, dass der Appendix sich in abnormaler Lage zum Coecum befindet, umsomehr, wenn nach unserer Untersuchung andere Zeichen für eine solche Lage sprechen. — Dr. Meltzer beabsichtigt diese von ihm angegebene Methode demnächst zu veröffentlichen.*)

Wie es scheint, hat Dr. Elsberg aus New York in der Be-

*) Cf. New York Med. Journal, July 19. 1902.

nutzung des vom Patienten als die Stelle des grössten *subjectiven* Localschmerzes angegebenen Punktes noch eine weitere brauchbare Methode zur genaueren Localisirung des entzündeten Appendix gefunden. Nimmt man die Mitte der vom Nabel zur rechten sp. ant. sup. gezogenen Linie als die Stelle der Insertion des Appendix in's Coecum an, und lässt den Kranken wiederholt mit seiner Fingerspitze auf den Punkt des grössten von ihm empfundenen Schmerzes hindeuten, so ergiebt in den meisten Fällen, nach Dr. Elsberg's Untersuchungen, die Verbindungslinie dieser beiden Punkte die Richtungslinie des erkrankten Organs. Dr. Elsberg erklärte letzthin, dass diese Art der Lagebestimmung sich in 60 aus 70 so beobachteten Fällen nach dem Ergebniss der folgenden Operation als richtig bewährt habe.*) Sollte die Zuverlässigkeit dieser Untersuchungsmethode auch von anderer Seite für die Mehrzahl von Fällen bestätigt werden, so hätten wir damit noch einen weiteren Weg, uns vor dem operativen Vorgehen über die Lage des Appendix einigermaassen Gewissheit zu verschaffen.

Aber, meine Herren, solche Kenntniss ist nur für den operirenden Chirurgen von Wichtigkeit. Der behandelnde Arzt hat daran nur ein wissenschaftliches, kein practisches Interesse. Für ihn ist die Frage nicht: „wo liegt der entzündete Appendix in dem gegebenen Falle", sondern einzig und allein: „sind die vorhandenen klinischen Symptome so schwerer Natur, dass eine prompte Operation erforderlich ist oder nicht."

2. *Classification der Art der Entzündung.*

Sind wir heutzutage fähig, die specielle Unterart der anatomisch-pathologischen Erkrankung des Appendix in den ersten ein bis zwei event. drei Tagen der acuten Entzündung desselben genauer zu classificiren, und zwar in Fällen, wo die Entzündung hauptsächlich noch auf den Appendix als solchen beschränkt geblieben und noch kein entzündlicher Tumor in der Gegend des Erkrankungsherdes palpabel ist?

Diesen letzteren Punkt möchte ich ganz besonders betonen.

Mit anderen Worten: sind wir heutzutage in der Lage, zu bestimmen, ob wir es im gegebenen Falle mit einer sogenannten acuten catarrhalischen Appendicitis (Appendicitis simplex) oder mit einer localen oder totalen Gangrän des Appendix zu thun

*) N. Y. Med. Record, April 5, 1902.

haben; oder ob das als entzündet erkannte Organ stricturirt ist, einen oder mehrere Kothsteine, resp. Fremdkörper enthält, von Schleim oder Eiter ausgedehnt ist etc.?

Wenn ich auf Grund meiner persönlichen, sich jetzt auf mehr als 16 Jahre erstreckenden*) und viele Hunderte von Fällen umgreifenden chirurgischen Erfahrung diese Frage an mich stelle, so muss ich sie mit einem entschiedenen „*Nein*" beantworten. Wir sind heutzutage *noch nicht* fähig, in der grösseren Mehrzahl der Fälle von acuter Appendicitis die vorhandene anatomisch-pathologische Läsion des Wurmfortsatzes mit genügender Sicherheit zu bestimmen.

Werden wir dies je erlernen? Nach dem, was ich in meiner eigenen Praxis erlebt und nach literarischen Studien den Erfahrungen anderer Chirurgen entnehme, bezweifle ich, dass uns dies je gelingen wird.

Selbstredend habe ich, gerade so wie wohl jeder andere denkende Chirurg zu thun gepflegt haben dürfte, in jedem einzelnen Falle von acuter Appendicitis, den früh genug zu sehen und zu untersuchen ich Gelegenheit hatte, mir ein Bild von dem pathologischen Zustande des zu exstirpirenden Organs zu construiren versucht und oft mit meinen Assistenten darüber discutirt. Und — es ist richtig — in einer Anzahl von Fällen war unsere Diagnose zutreffend: Wir fanden die vermuthete Gangrän, Strictur, Kothsteine u. s. w. Jedoch in eben so vielen Fällen — wenn ich absehe von denen, wo Perforation diagnosticirt war — sahen wir uns getäuscht. Aber plausibele Gründe anzugeben, *warum* in dem gegebenen Falle die vor der Operation gestellte verfeinerte Diagnose der anatomischen Veränderung des acut entzündeten Appendix durch die Operation als richtig oder unrichtig erwiesen wurde, Gründe, auf denen mit Zuversicht weiter gebaut werden konnte behufs Aufstellung einer genaueren Classification im diagnostischen Sinne, vermochten wir leider nur in sehr wenigen Fällen. Wir haben eben noch keine pathognomonischen Symptome, die uns gestatten, eine solche definitive, verfeinerte Diagnose mit einem gewissen Grade von Vertrauen auf die Richtigkeit derselben in dem grösseren Procentsatz von Fällen aufzustellen, und, wie gesagt, ich bezweifle, dass wir sie je finden werden.

*) Es war im Sommer 1886, als ich hier in New York zum ersten Male in meiner hiesigen Praxis einen perityphlitischen Abscess eröffnete.

Das anatomische Bild des entzündeten Appendix ist eben zu kaleidoscopisch, die verschiedenen als Klassen differencirten anatomischen Läsionen gehen zu häufig in einander über.

Es ist natürlich ein leichtes, diesbezüglich Behauptungen aufzustellen; die folgende Operation wird sie aber nur zu oft als Täuschung beweisen. So ist mir stets ein Fall unvergesslich geblieben, den ich vor mehreren Jahren erlebte:

Ich wurde zu einer mit unzweifelhafter acuter Appendicitis darniederliegenden 19jährigen Dame nach einem unserer Nachbarstaaten zur Consultation gerufen. Man ersuchte mich, zu operiren, und ich rieth schleunigste Ueberführung in's Hospital an, da ein Transport noch ohne Schaden für die Patientin möglich erschien. Ehe ich aufbrach, stellte der andere anwesende Chirurg, ein Arzt von vorzüglichem Rufe, an mich die Frage: „Herr College, welche pathologischen Veränderungen erwarten Sie in dem vorliegenden Falle in dem Appendix zu finden?" Ich antwortete: „Ich möchte mich nicht getrauen, darauf eine bestimmte Antwort zu geben. Ich weiss so viel, dass die Kranke einen Anfall von acuter Appendicitis hat, der sofortige Operation nothwendig macht." „Nun", sagte der College, „ich will Ihnen sagen, was Sie finden werden: der Appendix ist lang, in's kleine Becken hinabhängend und in der Nähe seiner Mitte geknickt; er enthält zwei Stricturen, zwischen denen sich seropurulente Flüssigkeit befindet und in der Spitze wahrscheinlich einen Kothstein." Zu meinem Bedauern konnte der College wegen Zeitmangels meine Einladung, der Operation beizuwohnen, nicht annehmen. Wir fanden: einen kaum 4 cm langen, gleichmässig stark verdickten Wurmfortsatz, ohne Strictur oder Kothstein, von seinem Blinddarmansatz direct horizontal nach innen verlaufend.

Ich glaube deshalb: das von vielen Collegen erstrebte Desideratum, *„dass eine genaue vorherige Kenntniss der pathologischen Classification des zu operirenden, acut und schwer entzündeten Appendix die Grundlage des nothwendigen chirurgischen Eingreifens bilde*, wird sich nur für einen kleineren Procentsatz der Fälle erfüllen.

In der Aufstellung dieses Dictums möchte ich aber nicht missverstanden werden. Glücklicherweise ist ja die Bauchhöhle heute nicht mehr für uns, wie in früheren Zeiten, ein Buch mit sieben Siegeln. Die Diagnose einer grossen Zahl intra-abdomi-

neller Erkrankungen hat sich im Verlaufe der letzten zwanzig Jahre wunderbar verfeinert und präcisirt. Gerade so, wie wir z. B. bei der Gallenstein-Krankheit, dank der enormen Zahl von Autopsien in vivo aller Chirurgen, und der speciellen grossartigen Arbeit Einzelner, im Laufe des letzten Jahrzehnts eine solch verfeinerte Diagnostik unser Eigen nennen können, — ohne Frage zum Heil der unserer Obhut anvertrauten Kranken — gerade so gut steht zu hoffen, dass wir mit verfeinerten Untersuchungs-Methoden in der Zukunft auch die Unterabtheilungen der appendiculären Entzündung genauer auseinander zu halten lernen könnten. Diese Möglichkeit soll ganz und gar nicht bestritten werden. Wir sollten darum auch nicht nachlassen in unserem Bemühen, unsere diagnostischen Fähigkeiten durch genaue Analysirung jedes Patienten mit acuter Appendicitis zu erhöhen. Jeder practische Arzt, nicht nur der Chirurg, sollte Dies thun. (Persönlich habe ich vor, da die Frage letzthin mehr intensiv geworden, behufs genauer Selbstcontrolle, auf gedruckten Zetteln die einzelnen wichtigen diagnostischen Punkte vor und nach der Operation zu vermerken und dies eine Anzahl von Jahren hindurch fortzuführen, obgleich ich der festen Ueberzeugung bin, dass solches Thun verlorene Mühe sein, und die Arbeit sich schliesslich als eine Art wissenschaftlichen Sports erweisen wird.) Was ich sagen will, ist einfach dies: dass solch genaueres Auseinanderhalten der einzelnen Formen der acuten Appendicitis auf pathologisch-anatomischer Basis in *wissenschaftlicher* Beziehung sehr schön und anerkennenswerth ist, in seiner *practischen Wichtigkeit* aber nicht allzuhoch angeschlagen werden darf. Ich möchte warnen vor der Annahme, dass uns die genauere Differential-Diagnose der pathologischen Unterart der acuten Entzündung des Appendix fast regelmässig richtig gelingen wird, so richtig und in einer solch überwiegend grossen Zahl von Fällen, dass wir uns berechtigt fühlen könnten, darauf unsere Indication für und wider die Nothwendigkeit einer sofortigen Operation aufzubauen. Für solches Vorgehen ist denn doch die acute Appendicitis eine zu gefährliche, eine zu heimtückische Krankheit, in ihrer klinischen Bedeutung bei Weitem gefährlicher als die acute Entzündung des Gallenblasensystems. Der Arzt, welcher sich in seinem Behandlungsplan auf eine so basirte Diagnose stützt, begiebt sich demnach, nach meinem Dafürhalten, auf einen äusserst unsicheren Boden.

So hat es mich denn auch, in Anbetracht meiner persönlichen Erfahrungen, geradezu traurig gestimmt, als ich die Mittheilung las, welche Sonnenburg in Berlin — bekanntlich einer der anerkanntesten europäischen Autoritäten in der Beurtheilung und Behandlung dieser Krankheitsform, dessen Ansicht, besonders bezüglich Appendicitis, die höchste Achtung zu zollen, wir hier, ebenso wie die Collegen jenseits des Oceans, gewohnt sind — den letztjährig in Berlin zum Congress versammelten Chirurgen durch seinen Assistenten machen liess. Am eignen Kommen verhindert, wurden dort von dem Herrn Collegen, im Namen Sonnenburg's, Thesen verlesen, welche zeigen, dass Sonnenburg bestrebt ist: „alle bei Lebzeiten beobachteten Symptome eines perityphlitischen Anfalles mit den anatomischen Veränderungen des Appendix und seiner Umgebung in Zusammenhang zu bringen" und klar des Autors Ueberzeugung aussprechen, dass er *heute schon* im Stande zu sein glaubt, in allen Fällen von früh geschener, acuter Appendicitis, die Unterart des pathologisch-anatomischen Zustandes des Organes zu diagnosticiren, und sich schon heute berechtigt glaubt, seine Indication zur Operation von *dieser* Diagnose abhängig zu machen.

Zugegeben, dass es Aerzte giebt, die heute schon solche genaue anatomische Diagnose aus ihrer Untersuchung und Beobachtung des Kranken mit acuter Appendicitis aufbauen können, so scheint es mir doch falsch zu sein, aus solchem individuellen Können in Anbetracht unserer jetzigen diagnostischen Hülfsmittel, bindende Schlüsse zu ziehen, in diesem Sinne zu lehren und andere Collegen aufzufordern, mit ihnen zu sagen: „Dies ist ein Fall von Appendicitis gangraenosa, oder einer von Appendicitis perforativa und gangraenosa, mit Complicationen, der sofort operirt werden muss. Dies hingegen, ist ein Patient mit acuter, sogenannter „Appendicitis simplex", wo das Organ keinen angestauten Eiter enthält, oder ein Kranker mit einer speciellen Art von Perforation, er wird die acute Entzündung ohne Operation überstehen." Solches Lehren halte ich für falsch. Ich persönlich habe ganz bestimmt Kranke sterben oder wenigstens eine, viele Wochen lang dauernde, schwere Reconvalescenz durchmachen sehen, die an einer acuten, sogenannten Appendicitis simplex litten und zu spät operirt wurden; d. h. event. am Ende der zweiten 24 Stunden oder gar im Verlaufe der dritten, nach dem plötzlichen Beginn der Krankheit, wo eine sofortige Opera-

tion ihr Leben hätte retten resp. sie wenigstens vor schweren Leiden hätte bewahren können.

Da sage man nun nicht: „nach meiner Erfahrung ist das nicht so." Die Erfahrung *eines* Mannes, und sähe er noch so viele Fälle, ist nicht allein maassgebend in einer so lebensgefährlichen Krankheit, wie die acute Appendicitis sie darstellt. Es giebt practische Aerzte, die noch niemals einen Fall von Appendicitis verloren haben; andere haben noch niemals eine Gangrän bei derselben erlebt. Ist deshalb Appendicitis eine interne Krankheit, die keiner Operation bedarf? Geradeso haben andere Aerzte Patienten nach einer einfachen, sogenannten acuten catarrhalischen Appendicitis an Sepsis sterben sehen, wenn sie zu spät operirt wurden.

Nein, mit solchem diagnostischen Acrobatismus können wir der leidenden Menschheit nicht am Besten zu Hülfe kommen. Wir werden in DER Weise nicht die erste Aufgabe des Arztes erfüllen, möglichst viele Menschen von dieser tückischen Krankheit zu erretten. Nein, nach wie vor halte ich fest an der Ueberzeugung, dass die Aerzte, welche nicht an die Nothwendigkeit sofortigen Operirens in jedem Falle von acuter Appendicitis glauben, am Besten thun werden, festzuhalten an dem Princip genauester klinischer Beobachtung, wie ich sie eingangs kurz beschrieben habe. Nach meinem Dafürhalten haben die Erfahrungen der letzten sieben Jahre in dieser Hinsicht keinen neuen Standpunkt geschaffen.

Seien wir darum zufrieden mit unserer Fähigkeit, die acute Appendicitis *als solche* zu diagnosticiren und den *klinischen Grad* der Schwere der Veränderungen mit ziemlicher Sicherheit in den meisten Fällen zu bestimmen; seien wir zufrieden, im Interesse der sich uns anvertrauenden Kranken, mit unserem Können, den gegebenen Fall zu erkennen:

1. als einen *acutester,* schwerster Entzündung, welche bereits die Grenzen des Appendix überschritten und die Bauchhöhle in grösserem oder geringerem Umfange ergriffen hat, infolge einer macroscopischen, durch Gangrän entstandenen Perforation, oder ohne eine solche. (Nach Lange's, New York, Vorgang wohl practisch mit Appendicitis *acutissima* zu benennen.) Die Erkrankung erfordert sofortige Operation.

2. als einen Fall von *acuter* Entzündung, welche höchst wahrscheinlich noch auf den Appendix als solchen beschränkt

ist, obwohl die directe Umgebung im Peritonealraume mehr oder weniger betheiligt erscheint; (*Appendicitis acuta.*) Die Form kann möglicher Weise plötzlich in die erste übergehen. (Hier ist, meiner Ansicht nach, je nach dem Falle, sofortige Operation angezeigt, oder die genaue klinische Beobachtung, behufs Stellung der Indication für die Operation, am Platze) und

3. als einen Fall von *subacuter,* mehr milder, Entzündung, welche, wie es scheint, getrost exspectativ behandelt werden kann. (*Appendicitis subacuta.*) Lassen Sie uns fortfahren, meine Herren, dem inneren Kliniker zu sagen, vor allen Dingen von *diesem* Gesichtspunkte aus die acute Appendicitis zu diagnosticiren und, im Verein mit dem Chirurgen, auf *diese* Diagnose hin die Indication für oder wider sofortige Operation zu gründen. Es ist häufig keineswegs eine leichte Aufgabe für den Familienarzt, nicht selten auch für den Specialisten, die genaue Differential-Diagnose zwischen acuter Appendicitis und anderen intraabdominellen acuten Entzündungsprocessen zu stellen. Lassen Sie uns die sonst in den letzten Jahren, wenigstens hier zu Lande, glücklicherweise so geklärten Ansichten bezüglich des besten Vorgehens bei der acuten Appendicitis nicht wieder durch complicirende Forderungen trüben und vom Arzte verlangen, dass er im gegebenen Falle zunächst die genaue anatomische Entzündungs-Unterart der Appendicitis feststellen muss, und auf Grund dieser entscheiden, ob der Kranke sofort operirt werden sollte oder nicht.

Dass der innere Arzt seiner selbst willen und im Interesse des Kranken am Weisesten thut, in diesen verantwortlichen Fällen des Grenzgebietes möglichst bald sich der Dienste eines Chirurgen zu versichern, und dessen Meinung, am Besten am ersten Erkrankungstage, einzuholen, ist ja heutzutage bei den meisten Collegen zielbewusstes Vorgehen geworden.

3. *Was können wir in Bezug auf den Grad und die Ausdehnung einer complicirenden Peritonitis diagnosticiren?*

Sowie die Entzündung die Grenzen des Appendix überschritten hat, das heisst wenn wir es mit einer begleitenden localen, oder fortschreitenden, oder allgemeinen Peritonitis zu thun haben, ist es mit unserem diagnostischen Können etwas besser bestellt. Wir *sind* in vielen Fällen im Stande, die genauere Diagnose einer begleitenden Peritonitis zu stellen, obgleich ich gerne zugebe, dass die Grenze zwi-

schen weithingreifender, aber doch von einem Rest nicht inficirter Peritonealhöhle noch geschiedener Bauchfellentzündung, und zwischen bestehender allgemeiner Peritonitis, sehr schwer zu ziehen ist. Viele Chirurgen glauben durch ihre Operation einen Fall von allgemeiner Peritonitis geheilt zu haben, wenn es sich in Wirklichkeit nur um eine zwar weitgreifende, aber doch noch circumscripte Bauchfellentzündung gehandelt hat.

Selbstredend kann es nicht meine Absicht sein, hier jetzt das ganze klinische Bild der Bauchfellentzündung in allen ihren Graden und Erscheinungen aufzurollen. Unzählige, meistens werthvolle Arbeiten in den medicinischen Fachschriften der Welt aus den letzten zwei Jahrzehnten geben Zeugniss unserer heutigen diagnostischen und auch operativen Fähigkeiten. Die Namen vieler bestgekannter Aerzte sind mit der Frage innig verknüpft.

Es sei mir gestattet, nur einige wenige Punkte herauszugreifen:

Bei der subacuten Form der Appendicitis spielt sich der Process schleichend, häufig absolut innerhalb des Appendix ab. Nicht eine einzige Adhäsion in seiner Umgebung deutet bei der event. ausgeführten Intervalloperation auf vorausgegangene locale Peritonitis; das Organ kann, bei einfacher Inspection von aussen, absolut unverändert erscheinen. Sofortiges Aufschneiden mit der Schere oder Injection von Alcohol in das Lumen und späteres Eröffnen fördern dann häufig die interessantesten pathologischen Veränderungen chronischen Characters an's Tageslicht. Nicht selten sind vorhandene Stricturen allerdings schon äusserlich durch leichte Einschnürung des Organs markirt und Kothsteine wie Fremdkörper durchzutasten.

Die acute Entzündung des Wurmfortsatzes mittleren Grades ist aber fast in jedem einzelnen Falle mit einer localen Entzündung des umliegenden Bauchfelles complicirt. Die untersuchende Fingerspitze des Arztes erzeugt Druckschmerz, nicht nur an den oben erwähnten typischen Punkten, sondern über der ganzen fossa iliaca nach rechts von der Mittellinie. Häufig findet sich Contractur des rechten Musculus rectus.

Frühzeitiges Auftreten eines abgegrenzten, auf Druck schmerzhaften Tumors in der Gegend des Wurmfortsatzes spricht meist für beginnende Abscessbildung, resp. Ausschwitzung eines plastischen Exsudates, das resorbirt werden oder in Eiterung übergehen kann.

Gleichzeitiger Druckschmerz über der linken Seite des unteren Abdomens spricht für intensivere, häufig für sich ausbreitende Peritonitis; nur subjectives Empfinden von Schmerz links: für einen langen, in's Becken hinabhängenden entzündeten Appendix. Einzelheiten wechseln je nach dem Falle.

Zeichen von Parese des Dickdarms, Tympanitis, wiederholtes Erbrechen, grosse Empfindlichkeit über dem ganzen Leibe und bei rectaler, resp. vaginaler Untersuchung über der Douglas'schen Falte, Dämpfung auf Percussion in der fossa iliaca oder den unteren Partien des Abdomens*) lassen uns die Diagnose auf sich ausbreitende oder schon bestehende allgemeine Peritonitis ohne oder mit Flüssigkeitserguss stellen.

Für ein sehr brauchbares und gewichtiges pathognomonisches Symptom bezüglich des Grades der Ausbreitung einer schon vorhandenen oder drohenden Allgemein-Peritonitis — der Sprung von peritonealer Reizung zur Entzündung ist klinisch manchmal ein unglaublich schneller — halte ich den vom Patienten als bestimmt vorhandenen angegebenen Druckschmerz in der *linken* Lumbalgegend, d. h. dem Theile des Bauchfelles, welches räumlich am Weitesten entfernt gelegen ist von dem Hauptsitze der Entzündung, wenn wir absehen von der unserer Palpation unzugänglichen unteren Zwerchfellsgegend. Allerdings darf man sich da nicht täuschen lassen. Vielen Kranken ist jeder starke Fingerdruck auf die Körperoberfläche, speciell aber in der Nierengegend, empfindlich. Beim Vergleich der dort vorhandenen Druckempfindlichkeit mit der über anderen Körpertheilen, z. B. der vorderen Fläche des Oberschenkels etc. wird man sich meistens vor Irrthümern bewahren können.

Baldigste Operation nach ausgesprochenem Schüttelfrost, der mit einzelnen oder allen Begleitsymptomen der oben besprochenen Erscheinungen, einschliesslich des linksseitigen Lumbal-Druckschmerzes, auftritt, wird meistens die Richtigkeit der daraufhin gestellten Diagnose: „Im Anzug befindliche oder schon vorhandene Allgemein-Entzündung des Bauchfelles" als richtig erweisen. In vielen solcher Fälle findet man auch beiderseitigen Recto-Spasmus. Das Auftreten eines Schüttelfrostes ist für mich immer noch ein Warnruf, dass macroscopischer Durchbruch des Wurmfortsatzes droht oder schon vorhanden ist, obgleich ich

*) Ausgeprägte reflectorische Contraction der Bauchmuskeln täuscht manchmal Dämpfung vor!

gestehen muss, dass ich mehrere Patienten nach solchem Schüttelfrost unter Erscheinungen einer Perforations-Peritonitis innerhalb der ersten 24 Stunden ihres ersten Anfalles von Appendicitis operirte, und der exstirpirte Wurmfortsatz bei genauester Untersuchung keinen Durchbruch mit blossem Auge erkennen liess. In solchen Fällen müssen wir annehmen, dass die inficirenden Microorganismen von der Basis eines beim Aufschneiden des exstirpirten Anhanges nachgewiesenen intraappendiculären Geschwürs oder etwa von einem der entzündeten Schleimfollikel durch die noch unverletzte Serosa hindurchgewandert sind und so die acute septische Entzündung in die freie Bauchhöhle hineintrugen.

Noch ein paar Worte über die Möglichkeit der Verfeinerung der groben Diagnose der subacuten oder chronischen Appendicitis (milde, recurrirende Form der Appendicitis) bei Patienten, die unseren Rath in der sogenannten Intervallzeit einholen.

Sie kommen häufig in die Sprechstunde ohne Wissen und Begleitschreiben des früher behandelnden Arztes, in der Erwartung, dass wir ihnen sagen sollen, ob der einmal durchgemachte Schmerzanfall im Unterleibe, mit event. gefolgter Krankheit, wirklich auf Appendicitis beruhte oder nicht. Objective Untersuchung ist absolut negativ: ein auf Druck schmerzhafter Strang kann weder vorne, unten, noch hinten vom Coecum palpirt werden. In solchen Fällen ist die Eruirung einer genauen Krankengeschichte von grösster Bedeutung. Wenn ein früher ganz gesunder Mensch plötzlich von Schmerzen resp. Koliken im Unterleib befallen wurde, ohne gleichzeitiges Auftreten wiederholter speciell dünnflüssiger Stuhlgänge; wenn sich diese Schmerzen bald in der rechten fossa iliaca localisirten; noch mehr, wenn Uebelkeit oder Erbrechen sich einstellte; wenn Winde und Stuhl für Stunden oder gar Tage in auffallender Weise verhalten waren*), dabei der Puls beschleunigt, localer Druckschmerz an typischer Stelle und auch mässige Temperaturerhöhung vorhanden gewesen, so war eine solche Krankheit, wenigstens beim männlichen Geschlechte, höchstwahrscheinlich ein Anfall von acuter resp. subacuter Appendicitis.

*) Windverhaltung und Verstopfung sind ohne Frage die Regel; doch habe ich auch eine kleine Anzahl solcher Patienten gesehen, bei denen die Entzündung des Appendix mit begleitendem Durchfall einherging. Hier ist die Diagnose natürlich weit schwieriger zu stellen.

Ist keine rechtsseitige, bewegliche Niere nachweisbar, trat der beschriebene Anfall unabhängig von der Menstruation auf, so gewinnt die Richtigkeit solcher Diagnose auch beim weiblichen Geschlechte an Wahrscheinlichkeit. Selbstredend muss das negative Ergebniss sorgfältiger gynäcologischer- und Harn-Untersuchung und die Möglichkeit des Ausschliessens von Gallensteinkrankheit noch zur Unterstützung solcher Diagnose hinzugezogen werden. Sind wir zugleich im Stande, einen auf Druck empfindlichen Strang von der Configuration des Wurmfortsatzes an der typischen Stelle, direct oder bimanuell, zu palpiren, so gewinnt die, event. vorher nur unter Vorbehalt gestellte, Diagnose an Sicherheit.

Auch ein hinter dem Coecum verlaufender, subacut entzündet gewesener Appendix kann event. in der anfallsfreien Zeit so diagnosticirt oder gar localisirt werden. Hier bestanden der Anamnese nach dieselben, soeben beschriebenen Allgemein-Symptome, subjectiv grösster und localer Druckschmerz waren aber mehr nach oben und hinten, längs der crista ilei markirt, ist event. daselbst bei Tiefdruck noch zu demonstriren; eine deutliche Neuralgie des nervus cruralis war für Stunden oder Tage vorhanden, ab und zu nach der rechten Lumbalgegend ausstrahlend, *nicht* von oben hinten nach unten vorne ziehend; die untersuchenden, tief eindrückenden Finger verursachten beim Erheben des ausgestreckten und auswärts rotirten Beines des Kranken keinen grösseren Schmerz und finden keinen auf Druck schmerzhaften Strang, Harn-Untersuchung ist absolut negativ: Hier scheint mir der Schluss auf Nachhintengeschlagensein eines entzündet gewesenen Appendix wohl berechtigt. Die folgende Operation muss die Correctheit solcher Annahme beweisen. — Es liessen sich noch andere instructive Beispiele anführen.

Können wir uns auf das Ergebniss der sogenannten Palpation des Appendix verlassen? Können wir mit Sicherheit, in der grösseren Mehrzahl von Fällen, behaupten, dass der Strang, welchen wir fühlten, der Appendix ist, speciell ein vergrösserter, pathologisch veränderter Appendix? Ich glaube nicht. Sicherlich ist es oft sehr schwer, wenn nicht gar unmöglich, bei der folgenden Operation durch die knopflochgrosse Oeffnung im Peritoneum den unbestreitbaren Beweis zu liefern, dass das intraabdominale und nach genauer Palpation als veränderter Appendix angesprochene Organ wirklich dieses gewesen ist. Ohne Frage

täuschen verdickter Omentalrand oder ein Längsligament des caput coli etc. palpatorisch häufig den gesuchten Appendix vor. Trotzdem giebt es Aerzte, welche für sich die Fähigkeit in Anspruch nehmen, auf diesem Wege der Palpation nicht nur eine Vergrösserung des Appendix mit Bestimmtheit constatiren zu können, sondern, mit Präcision, auch die Gegenwart fäcaler Concretionen und Fremdkörper, Stricturen, geraden oder gewundenen Verlauf des Organs, ja sogar den Character der zwischen zwei Stricturen eingeschlossenen Flüssigkeit bestimmen zu können.

Ich für meinen Theil gestehe offen ein, dass ich Dieses nicht thun kann, und fürchte, dass ich auch in Zukunft mir nicht einen solchen „digitus eruditus" werde trainiren können. Ich halte es aber auch nicht für besonders angebracht und weise, solche Palpationsversuche bei jedem im Intervall der Krankheit zu uns kommenden Menschen anzustellen. Im Gegentheil, ich bin überzeugt, dass diese Collegen event. schweres Unheil anrichten können. Speciell erinnerlich ist mir in dieser Hinsicht ein Patient, der, auf der Durchreise von San Francisco nach Europa, New York berührte. Gesprächsweise erwähnte der Herr, dass er einen Anfall schwerer Appendicitis letzthin durchgemacht habe. Es wurde ihm von seinem Arzte bedeutet, dass nach unseren heutigen Anschauungen eine längere Seereise da event. grosse Gefahren in sich bergen könnte, zumal bei der Untersuchung seine Appendixgegend auf Druck noch mässig schmerzhaft war. Der Patient verstand die Richtigkeit solcher Vorstellungen und entschloss sich, obwohl anscheinend im vollen Besitze seiner alten Gesundheit, kurzerhand zur Intervall-Operation. Wir fanden den Appendix total gangränös, von Eiter umgeben, in einer zartesten, von der noch erhaltenen Serosa gebildeten Umhüllungshaut gelegen.

Ist da die Annahme nicht gerechtfertigt, dass der beim Versuch einer genaueren Palpation unvermeidliche directe Druck die dünne Scheidewand event. hätte zum Durchbruch bringen und damit eine acute Perforation-Peritonitis hätte heraufbeschwören können?

Ich kann weiter den Fall einer, ebenfalls von mir operirten, Kranken anführen, wo sich in der Spitze des chronisch entzündeten Organs ein Geschwür vorfand, dessen Basis von der allgemeinen Bauchhöhle nur durch die äusserst dünne, seröse Schicht

getrennt war; ferner, den Fall einer jungen Dame, bei der sich der in der anfallsfreien Zeit entfernte Appendix mit sechs grossen, runden Kothsteinen vollgepfropft fand. Einer derselben hatte Drucknecrose erzeugt, mit drohender Perforation.

Können wir, sage ich, nicht mit Recht annehmen, dass bimanuelle Palpation in solchen Fällen eventuell den schlummernden Entzündungsprocess plötzlich anfachen oder gar direct Ruptur der dünnen Wand an der nachgiebigsten Stelle erzeugen kann?

Ich weiss allerdings sehr wohl, dass diese Collegen ihre Diagnose nicht einzig und allein auf das Ergebniss ihrer directen oder bimanuellen Untersuchung stützen. Aber sie unterlassen die gründliche Palpation fast in keinem einzigen Falle und halten dieselbe für einen wesentlichen Theil unserer klinischen Untersuchung.

Lassen Sie uns darum, meine Herren, in Fällen, die diagnostisch klar zu sein scheinen, nicht regelmässig auf der Palpation des Appendix bestehen, noch, falls sie ausgeführt wird, uns allzusehr auf das durch sie gelieferte Resultat verlassen; lassen Sie uns vielmehr, zum Besten unserer Kranken, nur getrost auch in diesen subacuten, manchmal chronischen Fällen mit der Diagnose *als solcher* zufrieden sein, mit der richtigen Beantwortung der Frage, ob die durchgemachte Krankheit ein milder oder mittelschwerer Anfall von Appendicitis gewesen ist oder nicht, ohne Rücksicht auf die wahrscheinlich bestehenden pathologischen Zustände des betheiligten Organs.

Die weitere Antwort, ob solch ein Kranker operirt werden sollte, ist natürlich für *den* Arzt leicht zu geben, welcher — wie ich — der Ansicht huldigt, dass Appendicitis stets ein operatives Vorgehen während oder nach dem ersten Anfalle erheischt.

Zum Schlusse möchte ich, Herr Präsident und meine Herren, noch einmal betonen, dass die Versuche, unsere diagnostischen Fähigkeiten bezüglich der Bestimmung der jeweiligen Lage und bezüglich der Stellung einer verfeinerten anatomisch-pathologischen Diagnose des entzündeten Appendix weiter auszubilden, in gewissem Grade, das heisst bezüglich der Stelle der Incision, nur dem operirenden Chirurgen im gegebenen Falle zugute kommen mögen, für den inneren Kliniker aber, zur richtigen Beurtheilung des Falles, keine weitere Bedeutung haben. Für ihn ist diese Frage eine rein academische. Wenn der innere Mediciner es sich zur Aufgabe macht, festzustellen, am Besten mit Hinzuziehung

eines Chirurgen, ob der gegebene Fall von acuter Appendicitis sofortige Operation verlangt oder nicht, so wird er richtig handeln, im besten Interesse der sich ihm anvertrauenden Kranken.

Und in diesem Sinne wird sich dann die Frage: „Was können wir bei der acuten Appendicitis diagnosticiren?" practisch zunächst stets auflösen in die wichtigste und zur Rettung des Patienten hauptsächlichste: „Wann ist es an der Zeit, im gegebenen Falle von acuter Appendicitis zu operiren?"

SITZUNGSBERICHTE.

Deutsche Medicinische Gesellschaft der Stadt New York.

Montag, den 3. März 1902.

17 West 43. Strasse.

Präsident Dr. Geo. W. Jacoby eröffnet die Sitzung um 8¼ Uhr.

Secretär Dr. John A. Beuermann verliest das Protocoll der vorigen Sitgung, welches genehmigt wird.

1. *Vorstellung von Patienten, Demonstration von Präparaten, Instrumenten etc.*

Dr. S. W. Bandler: Ein Fall von *„Chorioma uteri." Seine Beziehung zur Entstehung maligner Geschwülste.* Demonstration microscopischer Präparate.

Discussion. Dr. L. Ewald: Wie uneinig die Gynäcologie in letzter Zeit in Bezug auf Chorioma waren, beweisen verschiedene Thatsachen. Auf einen Punkt wird nach meiner Ansicht viel zu wenig hingewiesen bei der ganzen Entstehung des Chorioma, nämlich auf die kranke Uterusmucosa. Dass sich die Uterusmucosa bei Störungen des Uterus betheiligt, ist eine bekannte Thatsache, und ich glaube, dass bestimmte Formen der Endometritis leicht ein Wachsthum einer bösartigen Geschwulst zufolge haben können, — ich will das Wort Sarcom gebrauchen — weil es leicht zur bösartigen Degeneration in der Form des Chorioms führen kann. Jedenfalls ist ein Studium nach dieser Richtung sehr am Platze, und es ist sicher, dass das Erkranken des Endometriums sehr viel mit der Entstehung des sog. Chorioms zu thun hat. — Dr. B. S. Talmey: Dr. Bandler hat behauptet, dass das Syncytium, die obere Epitheliallage der Zotten, auch fötales Gewebe sei. Darüber sind sich die Autoren

noch nicht ganz einig. Turner z. B., Marchand und Andere behaupten, dass diese Massen vom mütterlichen Gewebe abstammen, nämlich von den Epithelien der Mucosa, namentlich von den Drüsenepithelien. Die Zotten wandern in die Drüsenlumina ein, die Cylinder-Epithelien der Drüsen platten sich ab und bilden nachher die zweite Lage der Zotten, das sog. Syncytium. Mehrere Autoren haben selber beobachtet, und in meinem Fall, den ich vor zwei Jahren, über Chorioma malignum, veröffentlicht habe, habe ich zu sehen geglaubt, wie die Epithelien der Drüsen sich abflachen, wie sie mehr rund werden, das Protoplasma sich vermindert und die Kerne sich vergrössern. Allmählich kann man den Uebergang sehen, wie die Zellengrenze sich ganz verwischt. Andere Autoren behaupten, dass das Syncytium fötales Gewebe wäre, und dass sie es auch in Tubarschwangerschaften gesehen haben, aber die meisten, die behauptet haben, dass sie in Tubarschwangerschaften Syncytium gesehen hätten, konnten den Beweis nicht genau führen, so dass selbst Virchow behauptet hat, dass in Tubarschwangerschaften keine richtige Decidua sich bildet. Aber wie dem auch sei, beide Lagen der Zotten, die sog. Zellenschicht von Langhans und das Syncytium, stammen jedenfalls von Epithelialgewebe ab. Die eine ist das Epiderm der Zotten und die andere stammt von den Epithelien der mütterlichen Mucosa her, und ich sehe nicht ein, warum Dr. Ewald den Tumor Sarcom nennen will. Da beide Gewebe von epithelialen Geweben abstammen, kann man es nur Epitheliom nennen, zur Klasse der Carcinome gehörend. In dieser Beziehung stimme ich mit Dr. Bandler überein. — Dr. Otto H. Schultze: Mit dem Namen Chorioma bin ich auch nicht ganz und gar einverstanden. Ich glaube, es wäre vielleicht besser, wenn man es Chorio-Epitheliom nennen würde. In dem Tumor selbst ist sicherlich kein Bindegewebe. Ich stimme mit dem Vortragenden ganz überein, dass der Tumor selbst aus Epithel besteht, dass von der Schicht im Chorionepithel ausgeht.

2. *Vortrag.* Dr. Willy Meyer: *Was können wir bei acuter Appendicitis diagnosticiren?* (Vortrag ist in dieser Nummer der Monatsschrift als Originalarbeit publicirt.)

Discussion. Dr. F. Lange: College Meyer hat sich die Sache sehr leicht gemacht. Wenn man in seinem clinischen Grundsatz in Bezug auf operatives Vorgehen auf einem so absoluten Standpunkt steht, wie der College, dann kann man sich allerdings Diagnose und diagnostische Schattirungen schenken, aber ich glaube, College Meyer thut das doch auch nicht, und die Frage, ob operativ einzugreifen ist im Fall von Appendicitis oder nicht, hängt doch ganz gewiss mit unserer Vorstellung von dem pathologischen Vorgang zusammen. Wir werden ja allerdings in vielen Fällen nicht genau sagen können, es handelt sich

hier um einen Fall mit Gangraen oder ohne Gangraen, aber wir werden sagen können, der Kranke unterliegt in höherem oder geringerem Grade der Infection. Und wenn er in einem höheren oder geringeren Grad der Infection unterliegt, so liegen Gewebsläsionen zu Grunde, welche im Durchschnitt dem Grade der Infection proportionell sind. Es ist nicht nöthig, dass eine schwere Infection immer durch ausgedehnte Peritonitis bedingt wird. In der Mehrzahl der Fälle kommt aber ein hohes Maass von Resorption septischer Stoffe nur vor, wenn schwere Gewebsveränderungen da sind, und das müssen wir uns vorhalten. Selbstverständlich können auch kleine Herde dabei eine starke Virulenz entwickeln. Wir Chirurgen sind meistens nicht in der Lage, die Fälle im allerersten Anfang zu sehen und auch nicht einmal mit Sicherheit zu diagnosticiren. Wenn wir als erfahrene Chirurgen ganz früh, wie der practische Arzt, an Fälle von Appendicitis herankommen sollten, so würden wir wahrscheinlich, ebenso wie der practische Arzt, sehr oft in Zweifel sein. Ob ein Kranker, der Leibschmerzen hat, vielleicht von Erbrechen und Fieber begleitet, Appendicitis hat, welche vielleicht sofort operirt werden sollte, oder Indigestion, das getraue ich mir nicht unter allen Umständen zu diagnosticiren. Ich bin gerade heute unter einem Eindruck eines erst gestern gesehenen, sehr lehrreichen Falles. Ich wurde gestern Abend zu einer jungen Dame gerufen, die seit Mittag erkrankt war, und zwar unter hohem Fieber, mit heftigen Schmerzen im Leib, in der rechten Seite, der Appendixgegend, aber auch schon über das Becken hinüber. Temp. beinahe 104, Puls ungefähr 100. Bauch gespannt und, wie mir schien, auch Resistenz in der Gegend des aufsteigenden Colons. Ich dachte gewiss, dass es sich um Appendicitis handelt, die schwer einsetzte. Wegen Anwesenheit von hartem Koth im Rectum verordnete ich der Kranken eine Glycerininjection. Inzwischen sollte alles zur Operation vorbereitet werden. Der ganze Apparat war in Bereitschaft, als der Vater kam und sagte, das junge Mädchen hatte Stuhlgang gehabt, und die Schmerzen seien fort. Ich blieb bei meiner Meinung, dass es sich um eine schwere Appendicitis handle; wir müssten operiren. Die junge Dame wurde nach der Klinik gebracht. Temp. 104, der Puls war etwas herabgegangen, auf Palpitation hatte die Schmerzhaftigkeit fast ganz nachgelassen. Das war so auffallend, dass ich mich entschloss zu warten. Die Temperatur ist nun bis heute Abend gleichmässig heruntergegangen, der Puls ist ganz normal geworden, und man kann fühlen, dass sich grosse Kothmassen allmählich bis zur linken Flexur vorgeschoben haben, während die Appendixgegend anscheinend vollständig frei ist. Ich will nicht sagen, dass die Kranke keine Appendicitis gehabt hat oder noch hat. Es machte mir den Eindruck, als ob eine Entlastung nach dem Darm hin stattgefunden hätte mit Entlastung des Coecums überhaupt. Aber ich glaube ganz gewiss, wenn ich in diesem Fall operirt hätte, hätte

ich bei der Patientin in der Operation möglicherweise nicht das gefunden, was ich erwartet hatte, und es wäre infolge der Operation möglicherweise ein sehr unangenehmer Zustand eingetreten. Ausserdem wäre die Patientin der Vortheile einer Intervall-Operation nicht theilhaftig geworden. Die Patientin ist inzwischen ohne Operation anscheinend ganz genesen. Ich betrachte es als Aufgabe des Arztes, den Patienten die grosse Errungenschaft der modernen chirurgisch-klinischen Behandlung der Appendicitis, die darin besteht, dass man eine Intervall-Operation im fieberfreien Zustand bieten kann, zu Theil werden zu lassen, und möglichst die Fälle auszusuchen, in denen eine expectative Behandlung zulässig ist. Ganz besonders soll man allerdings bemüht sein, auch diejenigen Fälle auszusuchen, in denen die Operation im allerfrühesten Stadium unentbehrlich ist, die Operation direct lebensrettend ist, wo man den Kranken der verhängnissvollen Gefahr einer progredienten septischen Entzündung zu überheben hat. Das sind die beiden Gruppen, die auseinander gehalten werden müssen, möglichst streng im Interesse des Kranken, und ich glaube, in Bezug auf diese beiden Gruppen müssen wir in der That unseren diagnostischen Scharfsinn möglichst zu steigern suchen. Das können wir nicht ohne eine Vorstellung von den pathologischen Veränderungen, die wir supponiren, und ich glaube, Dr. M e y e r thut das unwillkürlich auch. Die Thatsache einer Necrose des Appendix fällt ja in der Regel mit schwerem Verlauf zusammen, aber nicht nothwendigerweise. Es kann ein subacut verlaufender Fall vorliegen, bei dem wir einen vollständig gelösten necrotischen Appendix in Abscess finden. Es hat sich dann um eine Entzündung gehandelt, welche frühzeitig abgeschlossen war und bei der der Kranke nicht in dem Maasse septischer Resorption unterworfen war, dass sein Leben gefährdet wurde. Es braucht nicht jeder necrotisirende Process zugleich ein progredienter Process zu sein, das muss man auseinander halten. Ein necrotischer Vorgang ist bei der Mehrzahl der acuten schweren Fälle die Regel, aber bei verhältnissmässig kleiner Necrose kann das Schlimmste passiren, und bei totaler Necrose braucht kein besonders schlimmer Verlauf da zu sein. Entscheidend für unser Handeln wird doch immer die Erwägung sein, in welchem Grade der Kranke septisch ist oder wahrscheinlich werden wird, und diese Vorstellung werden wir von einer Vorstellung der pathologischen Gewebsveränderung nicht wohl trennen können. In Bezug auf die palpatorische Diagnose des Appendix stimme ich mit College M e y e r im Wesentlichen überein. Ich habe es in meiner Kunstfertigkeit nicht so weit gebracht, ausser etwa bei sehr mageren Menschen, dass ich mit Sicherheit sagen könnte, wo und in welchem Zustande ich einen Appendix fühle. Und in der Hälfte dieser Fälle täuscht man sich auch noch. Aber klinisch ist es doch wichtig, im acuten Fall, wo die Operation in Aussicht steht, sich die Frage vorzu-

legen, wo liegt der Entzündungsherd? Und da muss man im wesentlichen drei Typen auseinanderhalten. Entweder liegt der Entzündungsherd der Lage des Appendix entsprechend nach dem Becken hinunter, oder auf der Fossa iliaca, oder oben und hinten hinter dem Colon hinauf. Ich habe das schon in meiner ersten Arbeit über Appendicitis hervorgehoben. Vielfach lassen sich diese Gruppen nicht ganz streng auseinanderhalten. Es sind Uebergänge da, aber im wesentlichen bestehen doch diese drei Haupttypen in Bezug auf die Localisation des abgeschlossenen Herdes. Diese drei Gruppen erfordern meiner Erfahrung nach drei verschiedene Arten des Vorgehens. Denn die Aufgabe wird immer die sein, aus Rücksicht auf Vermeidung einer unnützen Gefahr für den Patienten vorzugehen. Zum Schluss muss ich sagen, ich kann mich nicht auf einen solchen dogmatischen und summarischen Standpunkt stellen, wie der College Meyer. Die Chirurgen sind in mancher Beziehung verwöhnt. Wir bekommen in der Consultationspraxis die Fälle überhaupt nur erhebliche Zeit nach dem ersten Anfang der Krankheit zu sehen, und da ist häufig die Diagnose viel leichter als für den, der als erster hinzugerufen wird. Ein so frühes Eingreifen, wie es in den schwersten Fällen nothwendig und wunschenswerth ist, ist uns in der Praxis sehr selten vergönnt. Die Frage, soll jetzt operirt werden, oder ist es im Interesse des Patienten besser zu warten, vielleicht so lange, bis der Kranke sich später unter sehr viel günstigeren Verhältnissen einer Operation unterziehen kann, ist gewiss häufig nicht zu lösen, sie ist aber eine sehr wichtige und darf durch College Meyer's Stellungsnahme nicht zum Nachtheile der Patienten verschoben werden, sofern trotz gestellter Diagnose es besser für ihn ist, von einem operativen Vorgehen abzustehen.

Dr. Carl Beck: Ich glaube, wir sind Herrn Dr. Meyer sehr zu Dank verpflichtet, dass er uns, gestützt auf seine reiche und sichtende Erfahrung, einen so lehrreichen Vortrag gehalten hat. Es freut mich zugleich, dass Herr Dr. Meyer heute mehr von der grossen Schwierigkeit, eine Detaildiagnose bei der Appendicitis zu machen, überzeugt ist, als zur Zeit, als er mir die Ehre erwies, einen Vortrag zu discutiren, den ich vor vier oder fünf Jahren in dieser Gesellschaft hielt und dessen Leitmotiv hiess, dass wir in vielen Fällen und zu einer frühen Zeit durchaus nicht in der Lage sind, mit Sicherheit eine pathologisch-anatomische Diagnose zu stellen. Freilich müssen wir, selbst wenn wir auch nicht stets dieses Ziel erreichen können jedenfalls danach streben. Ein Ideal erreicht man ja überhaupt nie, aber wenn man kein Ideal hat, so wird man nie nach dem Guten streben können. Der Weg, den wir zu gehen haben, ist uns scharf vorgezeichnet. Wir müssen bei der klinischen Diagnose immer ein Bild des pathologischen Processes, der sich in der Bauchhöhle abspielt, festzuhalten suchen. Leider müssen wir

Chirurgen, die wir doch durch die Autopsie in vivo immer in der Lage sind, zu prüfen, ob unsere anatomische Diagnose richtig war, uns sehr oft überzeugen, dass das pathologisch-anatomische Bild zu den klinischen Erscheinungen durchaus nicht in Proportion steht. Wie anderen Chirurgen, so ist es auch mir früher oft passirt, dass ich mir eine sogenannte milde Appendicitis vorzulügen schien, und schliesslich waren bereits destructive Vorgänge vorhanden, deren Ausdruck durchaus nicht im Verhältniss zu der niedrigen Temperatur, dem Puls und dem relativ allgemeinen Wohlbefinden des Patienten standen. Andererseits kommt es zuweilen vor, dass stürmische Erscheinungen einen milden Verlauf einleiten. Wenn es dann doch zur Eröffnung kam, zeigte sich meistens eine Abgrenzung. Wir werden deshalb gar häufig sozusagen in eine Sackgasse gedrängt, wenn bei der Consultation die bedeutungsvolle Frage an uns gerichtet wird: „Liegt hier ein milder Fall vor oder ein schwerer?" Wer kann sich erdreisten, namentlich die erste Frage mit Sicherheit zu beantworten? Ich stehe auf dem Standpunkt, dass ich es mit Bestimmtheit nie einem Fall ansehen kann, ob er mild ist, resp. verläuft, oder nicht. Wir können von milden Erscheinungen sprechen, das ist wahr, aber unter denselben können sich schwere pathologische Vorgänge verbergen. Ich kann diese meine Ansicht, die wahrlich nicht am Schreibtisch ausgeheckt ist, sondern sich auf Bauchhöhlenbefunde stützt, durch Hunderte von Beispielen erhärten. Greifen wir zur Illustration folgenden Fall heraus, den ich vor wenigen Monaten am dritten Tage der Erkrankung zu untersuchen Gelegenheit fand. Der College, welcher sich mit mir berieth, äusserte die Ansicht, dass man noch mit der Operation warten könne, da ja die Symptome so ausserordentlich mild wären — es handelte sich um einen 16jährigen Jungen. Ich erkannte gerne an, dass Puls und Temperatur beinahe normal erschienen und das Allgemeinbefinden des Patienten nur wenig gestört war, der Schmerzpunkt und die Dämpfung stellten jedoch die Diagnose ausser Zweifel. So begreiflich es nun auch ist, wenn der Hausarzt unter solchen Umständen zur Operation nicht geneigt ist, so sollte man ihm doch zu bedenken geben, dass das Schlimmste, was passiren kann, darin bestünde, dass man einmal unnöthiger Weise operiren würde, was practisch wohl kaum in die Wagschale fällt. Die Familie gab also ihre Zustimmung zur Operation nicht. Es kann nun wohl sein, dass, wenn der College etwas strenger auf die Operation gedrungen hätte, er sie wohl durchgesetzt haben würde, aber ich will ihn desshalb ganz gewiss nicht tadeln. Wir müssen uns die Schwierigkeiten vor Augen führen, die sich im Milieu des Krankenzimmers abspielen und mit denen der Hausarzt rechnen muss. Er ist es, welchem die wenig erquicklichen Präliminarien zufallen und der den Streit mit den Angehörigen auszufechten hat

und nicht wir Chirurgen, die wir eigentlich in ein wohlpräparirtes Nest kommen. Also nach einer Woche sah ich denselben Fall wieder, und zwar unter den bedrohlichsten Erscheinungen. Es waren nun derart deutlich ausgepragte Symptome einer septischen Peritonitis vorhanden, dass man überhaupt im Zweifel sein konnte, ob man noch eine Operation wagen sollte. Trotzdem straubte man sich noch gegen eine solche und es wurde bis zum nachsten Tage gewartet, wo die Erscheinungen einer allgemeinen Peritonitis, hervorgerufen durch Gangrän des Appendix, demonstrirt wurden. Das Coecum war stellenweise zerstört. Der Patient wurde trotzdem gesund. Es entstand allerdings in Folge der Durchlöcherungen des Coecums eine Faekalfistel, welche nachträglich eine Darmresection nöthig machte. Patient, welcher vor Kurzem gesund aus dem Hospital entlassen wurde, hatte sich also erstens in einer unnöthig grossen Lebensgefahr befunden, und zweitens musste er, nachdem sein Leben gerettet war, sich noch einmal einer lebensgefahrlichen Operation unterziehen. Ich bin, ich wiederhole es, weit entfernt, einen Tadel auf diejenigen Collegen zu werfen, bei deren Vorgehen dieser Fall das Paradigma bildet. Sie werden darin so sehr von grossen Autoritäten unterstützt, dass sie gewiss berechtigt sind, zu sagen: „Warum sollen wir zur Operation drängen, da wir doch von so vielen Fallen hören, die ohne Operation gesund werden?" Ich zweifle auch durchaus nicht, dass es viele Fälle von Appendicitis giebt, die ohne operativen Eingriff relativ, und auch solche die gänzlich gesund werden. Aber über die Frage kommt man nicht hinaus: *Welche* Fälle werden gesund? Wer kann es den scheinbar milden Fällen von Anfang an ansehen, dass sie gesund werden? Auch die diagnostische Blutzählmethode giebt im Frühstadium keinen Aufschluss. Ja, wenn wir das könnten, dann wäre die Frage einfach gelöst. Dann würden wir bei diesen milden Fällen expectativ, oder sagen wir intern verfahren, und wenn wir sehen, dass Gefahr eintritt, operiren. So lange wir dieses aber nicht mit Sicherheit voraussehen können, bleibt doch die Operation der allersicherste Eingriff, denn alle im Frühstadium der Appendicitis operirten Patienten müssen doch eigentlich gesund werden. Zur Stütze dieser Behauptung, speciell der diagnostischen Unsicherheit, möge der Fall eines zehnjährigen Knaben angeführt werden, welcher vor Kurzem unter leichtem Fieber und Schmerzerscheinungen erkrankte und mir von seinem Hausarzt zur Operation überwiesen wurde. Durch ein Missverständniss, an welchem der letztere keinen Antheil hatte, kam es erst vier Tage später zur Operation, als die Symptome der Appendicitis bereits so gut wie verschwunden waren. Der Puls betrug thatsächlich nur 60, die Temperatur war normal und es war weder Dämpfung noch Resistenz oder Schmerz in der rechten Darmbeingrube nachzuweisen. Der Appetit war leidlich, Aufstossen oder Erbrechen nicht vorhan-

den, und das Allgemeinbefinden ziemlich gut. Ich hatte desshalb Bedenken, die Operation ohne weiteres vorzunehmen und beabsichtigte, erst den Fall weiter zu beobachten. Der Hausarzt jedoch bestand darauf, dass, „nachdem nun der Entzündungsprocess abgelaufen sei," eine Intervall-Operation indicirt wäre. In diesem Sinne nahm ich nun auch die Eröffnung der Bauchhöhle vor, deren Inhalt bei oberflächlicher Betrachtung zunächst nichts Abnormes zeigte. Die Basis des Wurmfortsatzes konnte erst nach längerem Suchen gefunden werden. Er war an der hinteren Fläche des Peritoneums, nahe der Wirbelsäule, angelöthet. Nach oberflächlichem Anschnitt und weiterer Lösung mittelst meines Enucleators gelang es, den Wurmfortsatz um etwa einen Zoll weit auszuschälen. Bei weiterem Entwickeln riss er ein und nun erschien ein Tropfen Eiter an der Einrissstelle. Wir waren nun in einer nussgrossen Eiterhöhle, welche die Reste des gangränosen Wurmfortsatzes enthielt. Die Höhlenwandungen waren starr. Die Vis medicatrix naturae hatte also hier einen Schutzwall erstehen lassen, welcher der Aufnahme von Toxinen entgegenstand. So kann ich mir denn auf anatomischem Wege die Abwesenheit von Fiebersymptomen erklären. Die Rückwärtslage des kleinen Abscesses erklärte die Unmöglichkeit des palpatorischen Nachweises. Bei einem derartigen Fall ist es völlig denkbar, dass die geringe Eitermenge nach dem Einschmelzen der necrotischen Gewebstheile zur Resorption gelangt und damit der Patient "relativ" geheilt wird, das heisst mit einem stark veränderten, fest adhärirenden Wurmfortsatzfragment, welches dann bei der ersten besten Gelegenheit Sitz einer neuen Attacke wird. Mit viel grösserer Wahrscheinlichkit jedoch wäre bei anscheinender Reconvalescenz der plötzliche Durchbruch zu erwarten gewesen, dessen Folgen zu pariren wahrscheinlich nicht mehr im Bereich der chirurgischen Waffe gelegen hätte. Es war also hier die Furcht des durch trübe Erfahrungen gewitzigten Internen, welche den Chirurgen erst zu dem Eingriff drängte im Gegensatz zu dem umgekehrt liegenden oben geschilderten Fall. Wenn nun andererseits die Erscheinungen deutlich ausgeprägt sind, dann hören freilich die Scrupel auf und Arzt wie Patient sehen in der Operation die einzige Rettung. Ist es aber zum Heil der Patienten, so lange zu warten, bis auch nicht mehr der geringste Zweifel besteht? Man findet die Ansicht verbreitet, dass bei verhältnissmässig niedrigem Puls und mässiger Temperatursteigerung milde Entzündungserscheinungen vorlägen, welche einen Eingriff nicht als nothwendig erscheinen liessen, dass aber ein Steigen des Pulses auf etwa 120 ein Zeichen dafür wäre, dass die Entzündungs- resp. Vergiftungserscheinungen weiter schritten. Diese Ansicht kann nicht energisch genug bekämpft werden. Nicht der Beginn, sondern das Fait accompli wird durch diesen rapiden Puls angezeigt. Das Unglück ist eben dann bereits eine vollendete Thatsacheund der Puls signalisirt, dass die

resp. Erscheinungen bereits einen sehr gefahrdrohenden Grad angenommen haben. Man könne gerade so gut beim Anblick eines brennenden Hauses sagen: Hier ist Knistern, Rauch, Hitze und Feuerschein; es ist also Gefahr vorhanden, dass das Haus abbrennt, anstatt sich doch wahrheitsgemäss zu sagen, dass das Haus schon in Flammen steht. Das Videant Consules kommt eben dann zu spät und der Brunnen wird zugedeckt, wenn der Esel bereits hineingefallen ist. Der wirklich werthvolle Theil der Kunst besteht darin, das Feuer zu entdecken, so lange es auf einen kleinen und leicht zu löschenden Herd beschränkt ist. Des Weiteren möchte ich noch auf die Schwierigkeit der Detail-Diagnose aufmerksam machen, welche sich bei chronischen Fällen von Appendicitis mit ihrer proteusartigen Physiognomie aufdrängen. Wenn ich nur die wenigen Fälle der letzten paar Wochen herausgreife, so kann ich von jedem einzelnen derselben sagen, dass mir Befunde aufstiessen, an deren Vorhandensein ich vor der Operation kaum gedacht hatte. Ja, abgesehen von einer detaillirten Diagnose ist es gar nicht selten schwer, mit Sicherheit die Diagnose chronische Appendicitis überhaupt zu stellen. Da sei beispielsweise ein Fall erwähnt, welcher von einem ausserordentlich tüchtigen Collegen als Appendicitis angesehen wurde, wo Resistenz und Schmerz in der rechten Darmbeingrube vorhanden waren, die mit einem Schüttelfrost eingesetzt hatten. Aber es handelte sich um eine Gallensteinbildung mit Empyem der Gallenblase. Es wurden zwei der Länge nach aneinanderliegende Gallensteine von ziemlicher Grösse in der Gallenblase gefunden. Dieselben ragten in Fingerform in die Darmbeingrube hinab, so dass man wohl berechtigt war, den Fall für Appendicitis zu halten. Es war mir in der Narcose möglich, die Diagnose auf Grund der mit der Leber zusammenhängenden Dämpfungsfigur richtig zu stellen. In einem anderen Falle sagte der College ganz richtig, man würde gewiss an Appendicitis denken müssen, wenn die Resistenz und Schmerzhaftigkeit sich nicht oben nach der Lebergegend hinzöge. Da aber auch Schüttelfrost vorhanden gewesen war, so gelang es mir, den Collegen von der Nothwendigkeit der Operation schliesslich zu überzeugen. Es fand sich ein sehr langer Appendix, dessen Spitze dem unteren Leberrand adhärirte. Der Patient genas. Der Curiosität halber möchte ich als Pendant hieran erwähnen, dass bei einem anderen Fall die physicalischen Erscheinungen sowohl als der Schmerz nach der Leber hindeuteten, während die Fossa iliaca frei erschien. Bei der Operation zeigte sich nach längerem Suchen ein spiralförmiger Wurmfortsatz. Derselbe war 3 mal um sich selbst herumgewunden und durch entzündliche Adhäsionen in dieser korkzieherähnlichen Stellung festgehalten. Ein weiterer Fall betrifft einen jungen Mann, dem es gelungen war, während eines Zeitraums von 15 Jahren 36 mehr oder minder leichte Anfälle

durchzumachen. Er war auch von einem hervorragenden deutschen Urologen wegen Blasencatarrhs mit vorübergehendem Erfolg behandelt worden. Die Cystoscopie hatte keine Anhaltspunkte ergeben. Endlich entschloss sich Patient zur Appendectomie. Der Freilegung des Wurmfortsatzes stellten sich in Folge der voraufgegangenen, von einer Adhäsionsbildung gefolgten Localperitonitiden grosse Schwierigkeiten entgegen und so kostete es mich nach Eröffnung der Bauchhöhle etwa 25 Minuten den Appendix zu finden. Ein weiterer Beweis, dass die Operation im Intervall wegen solcher ausserordentlicher Adhäsionen nicht immer ein so einfacher Eingriff ist, wie es gewöhnlich dargestellt wird. In diesem Fall reichte der Wurmfortsatz der Blasenwand entlang nach dem Becken hinunter und hatte er wohl auf diese Weise mit der Blase eng verwachsen die Harnstörungen hervorgerufen. Einen anderen ähnlichen Fall operirte ich erst vor drei Tagen. Es handelte sich um einen sehr langen Appendix (vier Zoll) bei einem Herrn, der Jahre lang theils wegen Magenleidens, theils wegen Rheumatismus behandelt worden war. Die klinischen Erscheinungen waren wenig ausgeprägt, so dass ich nur die Wahrscheinlichdiagnose Appendicitis gestellt hatte. Ich glaubte jedoch, auf Grund des langen und schweren subjectiven Befindens und des absoluten Misserfolges der Behandlung, berechtigt zu sein, die Bauchhöhle zu öffnen. Die Operation bestätigte unsere Ansicht. Was die Lage des Wurmfortsatzes betrifft, so muss ich gestehen, dass ich denselben im chronisch entzündlichen Zustand fast nie unter dem sogenannten M c B u r n e y'schen Punkte antraf, ja es scheint beinahe, als ob er denselben sorgfältig vermiede. In zwei Fällen fand ich das Coecum derart nach der Wirbelsäule hin verzogen, dass die Spitze des Wurmfortsatzes in die linke Darmbeingrube hineinragte. Bei solchen Befunden mag es sich wohl einmal ereignen, dass der Wurmfortsatz überhaupt nicht gefunden wird, und dann ist die Casuistik irrthümlicherweise um einen Fall von fehlendem Appendix bereichert. Vor zwei Tagen operirte ich ein junges Mädchen von 27 Jahren, bei welchem sich per vaginam ein Exudat durchfühlen liess. Zugleich hatten sich in der Fossa iliaca wiederholt Schmerzen gezeigt. Die Diagnose lautete demnach einerseits auf Hydrosalpinx, wenn man sich aber auf die Symptome in der Fossa hätte verlassen wollen, würde man Appendicitis diagnosticirt haben. Bei der Eröffnung der Bauchhöhle fand sich zwar ein Hydrosalpinx, aber ausserdem Erscheinungen einer abgelaufenen Appendicitis. Ja, der Wurmfortsatz hatte seine Form durchaus geändert und war bis auf die Länge eines Zolls zusammengeschrumpft. So hatte er zuletzt die Gestalt einer Sanduhr angenommen. Höchstwahrscheinlich hatten sich zwei verschiedene Appendicitiden abgespielt und jedes Mal war eine Strictur zurückgeblieben. Dieser Wurmfortsatz ward natürlich ebenfalls entfernt. Diese wenigen

Beispiele mögen genügen, um zu zeigen, dass wenn auch die Lehren, welche uns die eröffnete Bauchhöhle aufdrängte, unser Urtheil in der immer noch nichts von ihrer Intensität einbüssenden Wurmfortsatzfrage schärfte, wir doch weit davon entfernt sind, mit unserem klinischen Auge durch die Bauchdecken hindurch in die dunkle Werkstätte derart zu dringen, dass wir uns eine genaue Vorstellung von dem jeweiligen Status der Veränderungen daselbst machen und damit prognostische Normen finden könnten. Seien wir also wahr gegen uns selbst und beherzigen wir, so lange wir noch nicht die wünschenswerthe Klarheit gefunden haben, die einfachen Worte des trefflichen Internisten Struempell „Lieber zu früh, als zu spät."

Dr. Fred. Kammerer: Ich nehme ungern das Wort in dieser Frage, die wohl wenig durch eine Discussion gefördert werden kann. Ich will mich der Bemerkung von Dr. Lange anschliessen, der sagte, dass wir gerade in den schlimmsten Fällen von Appendicitis mit unserer Diagnose und dem darauf folgenden chirurgischen Eingriff fast immer zu spät kommen. Wenn wir eine beginnende allgemeine Peritonitis diagnosticiren können, so ist es meistens um den Patienten geschehen, er mag sich auch von dem operativen Eingriff auf einige Tage gut erholen. Das ist wenigstens meine Erfahrung gewesen. Die Fälle, die einen langsamen Verlauf nehmen, bei denen die Erkrankung mehr oder weniger die Tendenz hat, sich zu localisiren, können wir, wie Dr. Meyer hervorgehoben hat, durch sehr genaue Beobachtungen des Patienten in den meisten Fällen, wenn die Operation nöthig wird, zur richtigen Zeit operiren. Was die Frage betrifft, ob uns eine genauere Kenntniss der Vorgänge in und um den Appendix, als wir sie jetzt besitzen, in den Stand setzen wird, mit noch grösserer Sicherheit zu operiren, so muss auch ich sagen, dass mir dies zweifelhaft erscheint. Gewiss sollen wir bestrebt sein, jedem chirurgischen Eingriff eine genaue Diagnose vorauszuschicken — eine Diagnose die auf richtiger Erkenntniss der sich abspielenden pathologisch-anatomischen Processe beruht. Darüber sind wir, was den Appendix betrifft, nicht im Unklaren, wie sich aber im kritischen Augenblick die Betheiligung des Peritoneum gestalten wird, hängt von vielen Factoren ab — von der Schwere der Infection, von den vorhandenen Adhaesionen etc. — die wir nicht immer beurtheilen können, und, wie ich glaube, auch nie lernen werden sicher zu beurtheilen. Ein vollkommen gangraenöser Appendix mag in festen Adhäsionen liegen und gar keine Allgemeinerscheinungen machen, eine kleine Perforation oder eng begrenzte Gangrän mag zur allgemeinen Peritonitis oder Sepsis führen. Was Dr. Meyer gesagt hat, ist gewiss richtig; derjenige Chirurg, der früh operirt, wird, caeteris paribus, die besten Resultate erzielen, so bedauerlich dies auch von ideal wissenschaftlichem Standpunkte erscheinen mag. — Dr. I. Adler: Ich thue es nur sehr

zögernd, in diese Discussion mit einzugreifen, denn diese Sachen sind schon oft besprochen worden. Wenn heute Abend ein Unbefangener zugehört hätte, würde er den Eindruck erhalten müssen, dass die Appendicitis überhaupt den inneren Arzt oder sog. practischen Arzt nichts angeht, und dass die Verpflichtung des Arztes nur ist, so schnell wie möglich, am liebsten schon nach den ersten zwei Stunden, den Chirurgen herbeizuholen. Nun scheint es mir doch, dass die Sache etwas anders liegt und dass es auch für den practischen Arzt — ich möchte überhaupt wirklich den Unterschied zwischen practischen Arzt und Chirurgen nicht aufrecht erhalten sehen — dass es für jeden Arzt wichtig ist, zu wissen, um welche Processe es sich handelt und in welcher Weise und zu welchem Zeitpunkt diese behandelt werden sollen. Nun geht aus der Discussion heute Abend deutlich hervor, dass wir also so ziemlich darin einig sind, dass die groben anatomisch-pathologischen Erscheinungen sich mit den klinischen Erscheinungen nicht decken. Es hat jeder von uns eine Anzahl von Fällen gesehen, wo er die schwersten groben anatomischen Veränderungen erwartete und hat nur ganz leichte anatomische Veränderungen gefunden, und andererseits, wo er erwartete, nur ganz geringfügige anatomische Läsionen zu finden, sehr schwere gefunden. Das hängt auch durchaus nicht von den groben anatomischen Läsionen allein ab. Es spielen noch andere Factoren eine bedeutende Rolle, die mit den sichtbaren Läsionen sehr wenig zu thun haben. Es handelt sich da um die Widerstandsfähigkeit der Gewebe, um die Widerstandsfähigkeit des ganzen Organismus, vor allem um die Virulenz der betheiligten Microben. Wir sehen oft genug, dass aus verhältnissmässig wenig lädirtem Appendix durch unverletzte Serosa Bacterien von solcher Virulenz wandern können, dass Septicaemien schlimmsten Grades mit den allergeringfügigsten Läsionen zu Stande kommen. Darüber sind wir alle einig. Auf der anderen Seite glaube ich auch, dass College Meyer nicht das sagen wollte, was vielleicht andere gedeutet haben. Wir haben uns allerdings alle eine gewisse Vorstellung zu machen von dem, was vorgeht. Wir haben vor allem zu unterscheiden, liegt da überhaupt Appendicitis vor, und das ist durchaus nicht so einfach und leicht. Da kommen die allergrössten Schwierigkeiten vor, und aus meiner eigenen Erfahrung in der Consultationspraxis kann ich bestimmt behaupten, es wurden da sehr grosse Irrthümer gemacht und werden noch gemacht werden. Ist aber Appendicitis erkannt, dann kommt die Hauptfrage, ob gleich operiren oder Intervall. Was wir alle erstreben, ist, dem Patienten die Wohlthat der Intervall-Operation zukommen zu lassen, und da ist es nöthig, die Schwere der Infection, die Verbreitung der septischen Vorgänge zu ermitteln. Wenn wir uns eine Vorstellung von dem anatomischen Verlauf machen können, wenn wir mit einiger Bestimmtheit sagen können, dies ist Perforation oder Abscess, Strictur mit eitrigem Inhalt

oder eine locale Peritonitis u. s. w., so werden wir dadurch in weitgehender Weise in unserem Verhalten beeinflusst werden. Aber wir werden das nicht immer können, und das ist es, glaube ich, was Dr. Meyer besonders hervorheben wollte. Wir sollen uns aber bestreben, uns ein möglichst scharfes Bild von den anatomischen Verhältnissen, aber auch von den pathologisch-physiologischen zu machen. Wir sollen das ganze Verhalten des Patienten, den Gesammtzustand in jedem Detail mit in unseren Betracht ziehen, um gerade diese schwerste Frage zu entscheiden, sollen wir gleich operiren oder auf Intervall warten und dafür lasst sich jetzt noch gar keine allgemeine Regel feststellen. Das muss in jedem Falle einzeln entschieden werden, und jeder wird sich noch Kopfschmerzen darüber machen in den verschiedenen Fällen. Ich will auch hervorheben, dass ich persönlich nicht auf dem Standpunkt stehe, wie Dr. Meyer, dass ich eine gewisse Pulszahl für besonders gravirend ansehen kann. Ich kenne Fälle wo 90, 80 die allerschwersten und zu sofortigem Eingriff auffordernden Verhältnisse darstellten und andere, wo 120, 130 gar wenig bedeutet haben. Ich möchte davor warnen, gewisse Normen und Dogmen daruber aufzustellen. Es muss jeder einzelne Fall aufs genaueste beurtheilt und beobachtet werden, um diese schwere Frage zu entscheiden, und da sollen wir uns doch bestreben, auch die anatomischen Verhältnisse mit in Betracht zu ziehen, aber uns wohl bewusst bleiben, dass das nur ausnahmsweise geschehen kann und dass auch die allgemeinen pathologischen, physiologischen, hygienischen Verhältnisse eine Rolle mitspielen, Herz, Lunge, Drüsen, Harnsecretion u. s. w. — Dr. Max Einhorn: Wenn es gestattet ist, möchte ich auch ein paar Worte zu dem interessanten Vortrag sagen. In Bezug auf die Differentialdiagnose hat Dr. Meyer die Schwierigkeit hervorgehoben, die sich oft zeigt, ob Gallenstein oder Appendicitis vorliegt. Zur Ergänzung möchte ich auch erwähnen, dass sehr häufig Nierensteine auf der rechten Seite das Bild von Appendicitis vortäuschen können. Ich habe in meiner eigenen Praxis eine ganze Anzahl solcher Fälle gesehen, wo die Diagnose Appendicitis gestellt worden war und aufrecht gehalten wurde, wo das aber nicht gestimmt hat, und der Patient schnell genas, wenn man eine Behandlung auf Nierensteine einleitete. In einem Fall meiner Praxis ist es auch vorgekommen, dass ein Tiefstand der Leber vorhanden war, und in diesem Fall ausserdem eine Cholecystitis vorlag. Die Gallenblase nahm gerade die Gegend ein, die der Appendix einnehmen sollte, und infolge dessen wurde die Diagnose mit Sicherheit auf Appendicitis gestellt. Ich kannte die Patientin schon von früher, als ich einen Anfall von Gallenstein bei ihr beobachtet hatte, und wusste von vorn herein, dass es sich um eine Gallensteinerkrankung handelte. Ich fand dann auch wirklich denselben Zustand wie vor einigen Jahren, und es liess sich leicht feststellen, dass die Leber sehr tief lag

und eine entzündete Gallenblase vorlag. In Bezug auf die Schwierigkeit der Unterscheidung des pathologischen Bildes, des anatomischen Zustandes muss ich ganz mit den Herren übereinstimmen, die hier gesprochen haben. Es ist ja eine bekannte Thatsache, dass man in vielen Fällen nicht mit Bestimmtheit das Bild feststellen kann. Herr Dr. Meyer hat in seinem Vortrag hervorgehoben, dass Opium nie angewendet werden sollte. Sie wissen alle, meine Herren, dass die Ansichten darüber nicht übereinstimmen, sondern dass es eine ganze Anzahl von Aerzten giebt, die Opium anwenden, und zu denen gehöre ich auch. Ich sehe nicht ein, warum man den Patienten leiden lassen soll, wenn es unsere Pflicht ist, seine Schmerzen, soweit das möglich ist, zu lindern. Wenn wir wissen, dass wir ihm dadurch schaden, so liegt die Sache anders. Aber wenn man vor der Darreichung des Opiums sich Mühe giebt, sich ein Bild von der Krankheit vorzustellen, wenn man dann die Opiumdosen nicht zu gross reicht und den Patienten beobachtet, so glaube ich nicht, dass man in Bezug auf die Diagnose das Bild so sehr verschlechtert. Natürlich darf man das nicht übertreiben und nicht zu viel Opium geben, aber ich glaube, dass eine gute Menge Opium, zur Zeit angewendet, sehr nützlich sein wird und die Diagnose nicht verdunkeln wird, sondern es wird uns helfen, die Diagnose besser zu stellen; ausserdem wird das Opium oft günstig auf den Verlauf der Krankheit wirken. Was die Operation betrifft, so hat Dr. Adler betont, es handelt sich darum, zu bestimmen, ob die Operation gleich oder später gemacht werden soll. Er wollte auch damit sagen, dass die Operation bestimmt indicirt ist. Ich bin der Ansicht, dass es eine ganz entschieden grosse Anzahl von Fällen giebt, wo die Operation nicht indicirt ist. Es giebt bekanntlich viele Fälle, wo eine einmalige Appendicitis abläuft und die Patienten nie wieder davon gequält werden. Warum sollten solche Leute operirt werden? Die Gefahren einer Operation sind allerdings gering, aber eine Operation ist immer gefährlich. Nehmen wir auch nur einen Procent Sterblichkeit an, so hat doch eins unter 100 etwas zu sagen. Ich sehe nicht ein, dass die Gefahren so sehr gross sind, wenn wir sagen, wenn ein Patient zwei oder drei leichte Anfälle von Appendicitis gehabt hat und wenn die Intervalle sich einander nähern und wir sehen, dass der Process keine Neigung zur völligen Heilung zeigt, dass dann erst die Operation im Intervall vorgenommen werden soll — ausser bei schweren Erkrankungen, bei leichter Appendicitis können wir ruhig zwei bis drei Anfälle abwarten, bevor wir sagen, es muss operirt werden. Ich stehe noch auf dem Standpunkt, wie vor einigen Jahren, den auch viele Chirurgen einnehmen, dass es nicht nothwendig ist, gleich nach einem Anfall von Appendicitis zu operiren. In vielen Fällen handelt es sich ja überhaupt nicht um eine Entzündung, sondern eine Art Kolik des Appendix, einen Schmerzanfall, der nicht bedingt ist durch anatomische Lä-

sion. Und wenn wir einfach sagen, sämmtliche Fälle von Appendicitis sollten gleich nach dem ersten Anfall operirt werden, dann würden wir auch diese einschliessen, wo gar keine Erkrankung vorliegt, und ich denke, dass die Herren auch oft genug bei der Herausnahme des Appendix Fälle constatirt haben, wo der Appendix nicht erkrankt war. Allerdings wissen wir, dass der Appendix kein nothwendiges Organ ist, und es schadet nicht, wenn ein Appendix zu viel entfernt wird, aber eine Gefahr der Operation, wenn auch noch so geringe, für den Patienten liegt vor. — Dr. Jos. Fraenkel: Es wäre wünschenswerth, etwas über systematische Blutuntersuchungen bei acuter Appendicitis zu erfahren, ob auf diesem Wege nicht Anhaltspunkte gewonnen werden könnten zur Differencirung zwischen septischen und nicht septischen Formen. — Dr. Joseph Wiener Jr.: Nach Dr. Adler's Ausführungen hätte ich wirklich nicht gedacht, dass noch irgend etwas zu sagen sei über das Thema, das wir heute Abend besprechen. Aber ich kann doch die Bemerkungen des Collegen Einhorn nicht ganz unbeantwortet lassen. College Einhorn meint, dass die Operation der Appendicitis eine gefährliche sei. Sicherlich ist sie es, auch im freien Intervall, aber der kranke Appendix ist auch eine Gefahr. College Einhorn meint weiter, dass wir uns bei einem Anfall von Appendicitis den pathologisch-anatomischen Zustand zwar klar stellen, aber dann Opium geben und abwarten sollen. Aber so ziemlich alle anderen Collegen stimmen darin überein, dass wir wenigstens in der Mehrzahl der Fälle nicht im Stande sind, uns ein genaues Bild von dem pathologisch-anatomischen Zustand des Appendix zu machen. Also wie können wir dann in einem gegebenen Fall von Appendicitis Opium geben? Ich will nicht sagen, dass wir nie Opium geben sollen. Ich möchte auch nicht behaupten, dass College Einhorn nicht die Fälle zu trennen versteht, in welchen man Opium geben soll und in welchen nicht, aber weniger erfahrene Collegen sind dazu sicher nicht im Stande. Ich sage es ganz frei heraus, ich persönlich vermag in einem acuten Fall nicht zu sagen, wann man Opium oder Morphin geben darf und wann nicht. Ich gebe es principiell nie und bin immer dagegen, weil wir bis heute noch nicht im Stande sind, in wenigstens 50 Procent der Fälle den pathologisch-anatomischen Zustand genau vor der Operation zu erkennen. Wie College Adler gesagt hat, operiren wir sehr oft einen nach unserer Ansicht milden Fall von Appendicitis und finden bei der Operation einen sehr schweren Process. Ferner kann ich mit College Meyer darin nicht ganz übereinstimmen, dass wir immer im Stande sind, sogar eine Peritonitis zu diagnosticiren. Ich habe die hervorragendsten Collegen hier in der Stadt gerade in diesem Punkt Irrthümer machen sehen. Der Rectus war auf beiden Seiten gespannt, mässige Tympanie, rascher Puls, hohe Temperatur. Diagnose: diffuse Peritonitis, bei der Operation war aber gar

keine Peritonitis vorhanden. Was den Blutbefund betrifft, so haben wir leider bis jetzt noch nicht viel selbst durch die sorgfältigsten Blutuntersuchungen gewonnen. Wie College Meyer sagte, behauptet College Sonnenburg, vielleicht die hervorragendste Autorität in Europa, dass er in jedem Fall den pathologisch-anatomischen Zustand beurtheilen kann, dagegen finden wir, dass die hervorragendsten Chirurgen Amerikas, deren Erfahrung in Appendicitis viel ausgedehnter ist, als die Sonnenburg's, genau den entgegengesetzten Standpunkt einnehmen. Die hervorragendsten Chirurgen New Yorks und auch des Westens behaupten, dass sie in der überwiegenden Mehrzahl der Fälle nicht im Stande sind, den pathologischen Zustand vorher zu beurtheilen. Wir geben alle gern zu, dass wir es in jedem Fall zu thun versuchen, aber leider können wir es in wenigstens 50, vielleicht 60 Procent der Fälle nicht mit Sicherheit vor der Operation thun. — Dr. Willy Meyer (Schlusswort): Es kommt mir vor, als wenn wir alle mehr oder weniger doch in der Hauptsache übereinstimmen. Dr. Lange fing seine Bemerkungen mit den Worten an, ich hätte mir die Sache leicht gemacht. Ich muss gestehen, ich kann nicht einsehen, wieso ich dies gethan. Ich habe seit sieben Jahren über die beste Behandlung unserer an Appendicitis Erkrankten nachgedacht und seiner Zeit viele schlaflose Nächte deswegen verbracht. Schliesslich habe ich mich zu einem bestimmten Behandlungsplan durchgearbeitet. Ich bin heute noch auf demselben Standpunkt, wie ich ihn vor sieben Jahren eingenommen. Dr. Lange erzählte uns einen lehrreichen Fall von einer Patientin, die unter seine Beobachtung kam mit allen Zeichen einer acuten Appendicitis, und bei der Untersuchung per Rectum fand er, dass der Darm voller Kothmassen war; auf eine Entleerung des Darms erfolgte Besserung. College Lange sagt selber, er glaube, er könne sich häufig nicht getrauen, eine Differentialdiagnose zu machen zwischen acuter Appendicitis und Resorption infectiöser Substanzen vom Darmcanal aus. Wenn sich Dr. Lange nicht getraut, die allgemeine Differentialdiagnose von acuter Appendicitis zu machen, welches Vertrauen können wir dann der Behauptung entgegenbringen, dass man sogar in jedem Falle von acuter Appendicitis diagnosticiren könne, wie der Appendix in der Bauchhöhle aussieht. Diese Behauptung Sonnenburg's ist die eigentliche Ursache, die mich dazu getrieben, heute Abend diesen Vortrag zu halten. Selbstredend konnte ich die Differential-Diagnose der acuten Appendicitis als solcher hier nicht berühren. Ich *musste* in meinen Deductionen von der Thatsache ausgehen, dass die Diagnose „acute Appendicitis" im gegebenen Falle richtig gemacht sei und nun die Frage beleuchten, ob es gelingt, die pathologische Unterabtheilung der acuten Appendicitis *„vor"* der Operation zu eruiren, ferner, ob es besser sei, die Indication zur Operation im ersten Anfalle auf dem patholo-

gisch-anatomischen, oder auf dem klinischen Standpunkt fussen zu lassen. Wenn man dies „es sich leicht machen" nennt, so muss ich solche Kritik über mich ergehen lassen. Dr. Beck sagt, er freue sich, dass ich jetzt auch zu der Ansicht gekommen sei, dass die Detail-Diagnose bei Appendicitis eine schwere sei. Ich entsinne mich sehr wohl der Discussion, die wir vor einigen Jahren im Anschluss an Dr. Beck's Vortrag „Ueber Appendicitis" betreffs dieser Frage hatten. Aber damals stand nicht die pathologisch-anatomische Detaildiagnose zur Discussion, sondern die Frage, ob man im Stande sei, eine Frühdiagnose acuter Appendicitis als solcher zu stellen, eine Frage, die ich für die Mehrzahl der Fälle bejahte. Ich bin auch heute noch genau derselben Ansicht. Dr. Beck brachte weiter einen Fall vor, zu dem er am zweiten oder dritten Tage gerufen wurde und den er dann erst am elften wieder sah. Mir scheint, dass der College der ihn zugezogen, überzeugt war, dass es sich um einen perityphlitischen Abscess handelte. Wir alle sind gewohnt, die Eröffnung eines solchen Abscesses bis zum Ende der ersten Woche oder den Anfang der zweiten zu verschieben, und in dem Sinne hatte der behandelnde College dann richtig gehandelt. Ich freute mich, zu hören, dass Dr. Kammerer sich jetzt auf denselben Standpunkt stellt wie ich. Wie gesagt, ich glaube, dass wir Alle gleicher Meinung sind. Dr. Adler sagte, es decken sich nicht die klinischen mit den pathologischen Erscheinungen, wir müssen in jedem einzelnen Fall individualisiren. Dies ist ganz meine Ansicht. Dr. Einhorn bemerkte, er behandle leichte Fälle von Appendicitis mit Opium. Ohne Frage können wir in leichten, subacuten Fällen auch im Beginne der Behandlung Opium geben, es wird keinem Patienten schaden. Aber wenn einer bei einem irgendwie schweren Fall denkt, dass Opiumgeben immer Nutzen stiftet, so irrt sich der Arzt, glaube ich, sehr. Ganz gewiss ist der Familienarzt oft in einer sehr schweren Lage, was er im Beginne eines acuten Anfalles thun soll. Er muss dem Patienten etwas geben, wenn derselbe über heftige Schmerzen klagt, und deshalb in manchen Fällen eine Morphininjection verabreichen. Doch muss er sich bewusst bleiben, dass in Folge derselben die wahre Sachlage häufig maskirt wird und darum niemals solches Vorgehen zur Routine machen. Meine Herren! Wenn ich mich über die Behandlung der acuten Appendicitis nicht nur, sondern über die Diagnosestellung und über die ganze Entwickelung der Frage der Appendicitis noch einmal kurz verbreiten darf, so möchte ich dies sagen: Durch dauernde Discussion, speciell hier in Amerika, hatte sich im Laufe der letzten Jahre die Frage „Appendicitis" für uns Aerzte erfreulich geklärt. Ich sehe ab von den Fällen subacuter Natur. Ob der Arzt da seinem Patienten zumuthen will, einen oder zwei oder acht oder zehn Anfälle durchzumachen, muss ihm anheim gestellt werden. Mit dem Zuwarten setzt er eventuell seinen Kranken in grosse Lebensgefahr.

Wenn es aber sich um einen acuten Fall handelt, treten andere Gesichtspunkte auf. Auf der einen Seite sind die Radicalen, welche stets jeden solchen Patienten sofort operiren. Discussionen über Verfeinerung der Diagnose und klinische Indications-Stellung mit diesen ist überflüssig. Solche Chirurgen wählen den, wie es scheint, sichersten Weg, welcher aber vor der Hand für viele Patienten noch nicht der beste ist. Die grössere Gruppe der Aerzte betrachtet die Behandlung der Patienten mit acuter Appendicitis als zum Grenzgebiete gehörig. Der Fall ist meist zuerst ein interner, kann aber sofort ein chirurgischer sein, resp. jeden Augenblick ein solcher werden. Die Indication zur Operation geben klinische, gut präcisirte Symptome. Diese Aerzte geben dem Patienten eine Pflegerin an das Krankenbett, oder, wenn er dieselbe nicht bezahlen kann, schicken sie ihn ins Hospital behufs genauer klinischer Beobachtung. Ich habe bis auf den heutigen Tag kein besseres Anzeichen behufs Indications-Stellung finden können, als die steigende Pulsfrequenz ohne Tendenz wieder zu sinken. Natürlich giebt es Ausnahmen. Dr. A d l e r hat sie erwähnt. Aber das sind Ausnahmen, und wenn man nun einmal nicht jeden Fall sofort operirt, sondern auf dem Standpunkt steht, den Patienten mit acuter Appendicitis erst klinisch zu beobachten, so müssen wir bestimmte Regeln haben, nach denen wir uns richten. Und diese Regeln basiren auf der genauen Beobachtung und richtigen Combination der Erscheinungen von Puls, Schmerz und Temperatur, oder Schmerz, Puls und Temperatur, je nachdem der eine oder der andere Arzt das eine oder andere Symptom für wichtiger hält, resp. je nachdem sich dasselbe mehr markirt. Puls wie Druckschmerz stehen sich in ihrer Wichtigkeit fast gleich. Also ich möchte sagen, wenn der Puls auf 112, 116 oder 120 Schläge steigt und ob er eine Tendenz hat, auf dieser Höhe zu bleiben und nebenbei starker Spontan- und Druckschmerz vorhanden ist, ob die Temperatur niedrig oder hoch ist, so muss der betr. Patient operirt werden. Ich glaube bestimmt, dass es nur wenige Ausnahmsfälle giebt, wo diese Art der Beobachtung der Symptome uns im Stich lässt. Ob man nun einen Patienten nach dem ersten Anfall von acuter Appendicitis operiren soll oder nicht, da haben die Doctoren wieder ihre verschiedenen Ansichten. Wenn wir diesen Patienten durch Beschauen ihres Gesichts, Betasten des Abdomens etc. sagen könnten: du *wirst* einen zweiten Anfall bekommen, nachdem du einen gehabt hast; dich wird er zu gelegener Zeit treffen, wenn chirurgische Hülfe zur Hand ist, du aber wirst nie wieder befallen werden, u. s. w., dann brauchte nicht nach dem ersten Anfalle operirt zu werden, dann wäre es richtig bis nach dem zweiten Anfall zu warten. Aber das können wir nicht. Man kann nie wissen, wie und wann sich ein zweiter Anfall einstellen wird. Deshalb glaube ich, wenn wir Aerzte als unsere erste Pflicht ansehen, möglichst viele Patienten am Leben zu erhalten, dass wir

für solche Kranke am besten thun, nicht auf den zweiten Anfall zu warten, sondern uns auf den Standpunkt zu stellen und zu sagen: ein einmal acut entzündet gewesener Appendix ist als ein erkranktes, das Leben des Trägers jeden Augenblick bedrohendes Organ anzusehen und muss entfernt werden. Will der Arzt es riskiren und abwarten, ob der Patient noch einen zweiten Anfall bekommt, so mag er es thun, aber er setzt seinen Patienten damit eventuell einer grossen Gefahr aus. Jedenfalls sollte der Patient oder seine Angehörigen über diesen Punkt entscheiden. Nachdem sich also unsere Ansichten soweit geklärt hatten, dass wir sagten, ein Fall von acuter Appendicitis soll operirt werden während des ersten Anfalles oder nach demselben, wird auf einmal ein neuer Gesichtspunkt in die Discussion geworfen. Es wird behauptet, man kann auch in der Mehrzahl der Fälle den pathologisch-anatomischen Zustand des acut entzündeten Appendix diagnosticiren und soll nun hierauf die Indication zur Operation aufbauen. Das, meine Herren, ist nach meiner Ansicht verkehrt. Solche Lehren werden tausendmal mehr schaden, als unsere ganzen früheren Arbeiten Nutzen stifteten. Dagegen sollten wir unsere Stimme erheben, und ich habe mich gefreut, heute Abend zu hören, dass die Mehrzahl der Collegen dieser meiner Ansicht sind. Ich weiss, dass auch Dr. Lange derselben beipflichtet. Meine Herren, man könnte über Appendicitis noch viel, sehr viel sagen, aber die Zeit ist vorgeschritten. Wenn wir uns die Frage vorlegen, wie können wir das Leben der meisten Menschen retten, die von dieser tückischsten aller Krankheiten befallen werden, so müssen wir die pathologisch-anatomische Diagnose nicht in den Vordergrund stellen, sondern die klinische Diagnose und müssen auf Grund dieser in jedem Falle festzustellen suchen: wann ist die Zeit zum chirurgischen Eingreifen gekommen.

Schluss und Vertagung.

Dr. Beuermann, Secretär.

Kleine Mittheilungen.

— Der diesjährige *Jahrescongress der Belgischen Gesellschaft für Chirurgie* wird am 8., 9. und 10. September in Brüssel abgehalten werden. Der Congress wird sich ausschliesslich mit den folgenden drei Fragen beschäftigen: 1. *Behandlung der Appendicitis* (A. Broca-Paris, A. Gallet-Brüssel, C. Roux-Lausanne und Sonnenburg-Berlin). 2. *Behandlung der Knochenbrüche* (A. Depage-Brüssel, Rothschild-Frankfurt und Th. Tuffier-Paris). 3. *Asepsis der Hände, des Operationsfeldes, sowie des Naht- und Ligaturmateriales* (M. Walravens-Brüssel).

New Yorker

Medicinische Monatsschrift.

Officielles Organ der

Deutschen Medicinischen Gesellschaften der Städte New York, Chicago, Cleveland und San Francisco.

Redigirt von Dr. A. Ripperger.

Bd. XIV. New York, August 1902. No. 8.

ORIGINALARBEITEN.

Zur Casuistik des Empyems der Stirn- und Siebbeinhöhle und dessen Complication seitens des Auges.*)

Von Dr. Max Toeplitz, New York.

Angesichts der zahlreichen und umfangreichen Veröffentlichungen über Empyem der Stirnhöhle, welche den Gegenstand vorzüglich erläutern, dürfte es vielleicht überflüssig erscheinen, noch einen einzelnen Fall dazu beizutragen. Die Gesammtzahl unserer Kenntnisse ist aber aus einzelnen Beobachtungen zusammengesetzt, welche freilich die begrenzte Erfahrung des einzelnen Beobachters bilden, jedoch ein werthvolles Glied in der Kette des Wissens sind.

Herr A. R., 48 Jahre alt, von kräftigem Körperbau und exemplarischer Lebensweise, hatte im Jahre 1878 einen Abdominaltyphus. Im Jahre 1890 konnte er nicht durch die rechte Nasenhälfte athmen und wurde deswegen von Mor. Schmidt u. A. behandelt. Die Entfernung der mittleren Muschel, zu der ihm gerathen wurde, lehnte er ab. Die Verstopfung blieb fünf bis sechs Jahre lang unverändert und war von keinen anderen Symptomen begleitet. Im Jahre 1896 besserte sich die Nasenathmung nach Behandlung mit Säuren. Die ersten Kopfschmerzen wurden im September des Jahres 1898 in Bonn empfunden, wo er von Burkhart wegen Influenza behandelt wurde. Nach vier

* Vortrag, gehalten in der Deutschen Medicinischen Gesellschaft der Stadt New York am 7. April 1902.

Tagen, noch bevor er ganz wohl war, reiste er nach London, und von dort drei Tage lang direct nach Rom, wo die Kopfschmerzen sehr heftig wurden. Im August 1900 hatte er mässiges Nasenbluten aus dem rechten Nasenloch. Zwischen December 1898 und dem Sommer 1901 kehrten die Kopfschmerzen in ein- bis dreimonatlichen Zwischenzeiten regelmässig wieder, wobei sie von der Nasenwurzel über die rechte Stirnhälfte in zwei Abzweigungen ausstrahlten. Während des letzten Sommers waren sie sehr heftig und mit Lichtscheu verbunden.

Im September 1901 trat ein übler Geruch auf, welcher seiner eigenen Person zu folgen schien, und schliesslich von ihm, in seinem Kopfe versteckt, localisirt wurde. Derselbe zeigte sich nicht täglich, blieb zuweilen einen oder zwei Tage aus, kehrte dann wieder, aber nicht zu bestimmten Tageszeiten; der Geruch wurde von der Umgebung nicht bemerkt. Der Geruchssinn war nicht beeinträchtigt. Der Patient fühlte sich sehr müde und litt an Verdauungsstörungen, indem er die Nahrung weder verdaute noch sich überhaupt daran erlabte. Der Stuhl war regelmässig, der Athem roch.

Am 21. November 1901 wurden die Kopfschmerzen plötzlich nach dem Aufstehen unerträglich und dauerten bis zum 26ten. Dann wurden die Schmerzen bis zum 2. December von Herrn Dr. Freeman F. Ward mit Alkaloiden bekämpft, und der Patient wurde mir an diesem Tage von ihm überwiesen.

Ich fand, ausser einer Hypertrophie der rechten unteren Muschel, das Septum hinten und oben nach rechts verbogen, mit der äusseren Wand einen engen Spalt bildend, durch welchen die mittlere Muschel kaum hindurch gesehen werden konnte. Die Sonde drang in weiches Gewebe und konnte schliesslich in die Stirnhöhle eingeführt werden. Eine teigige Schwellung wurde im inneren Augenwinkel gefühlt und der Boden der rechten Stirnhöhle war auf Druck schmerzhaft.

Die Diagnose eines Empyems der rechten Stirn- und Siebbeinhöhle war zweifellos. Ich schlug die Entfernung der rechten mittleren Muschel und die Curettirung der Stirnhöhle von der Nase aus vor, wodurch sich gute Drainage herstellen liesse, indem ich mir für den Fall eines unzureichenden Ergebnisses dieses Verfahrens die Eröffnung der Höhle von aussen vorbehielt. Nach Entfernung der mittleren Muschel mit der „Alligatorzange" kratzte ich die Höhlen aus, soweit als ich sie mit dem Grün-

w a l d'schen Löffel erreichen konnte, der in sagittaler Richtung ohne bemerkenswerthe seitliche Excursionen geführt wurde.

Die Operation wurde im Beisein des Herrn Dr. W a r d schmerz- und blutlos ausgeführt.

Die Nase wurde tamponirt und der Patient ging nach Hause, kehrte aber nach vier Stunden mit einem Taschentuch vor dem rechten Auge zurück, da er an hochgradiger Lichtscheu litt. Zwei rothe Streifen, vom inneren Winkel des rechten Auges verlaufend, waren zwei Stunden nach der Operation erschienen und sahen aus, als wenn sie von einem Faustschlage herrührten. Die Kopfschmerzen hatten seitdem aufgehört, ohne je wiederzukehren, und der Patient fühlte sich sonst sehr erleichtert. Der Tampon war von Eiter durchtränkt.

Am folgenden Tage bestand beträchtliche Schwellung beider Lider, Chemose der Bindehaut mit schleimiger Absonderung und Verschluss des Auges. Am darauf folgenden Tage fand H. Dr. T h o m a s R. P o o l e y: Starke Schwellung des oberen inneren Winkels beider Lider und Chemose im rechten Auge. Es bestand geringer Exophthalmus, Verschiebung des Auges nach innen und aussen und Doppelsehen im äusseren und oberen Fixationsfelde. Die Schwellung beider Lider war sehr gross, aber am oberen grösser, und war durch hochgradige Congestion, Empfindlichkeit und Härte characterisirt. Der Augenhintergrund war normal.

Auf Grund der starken Schwellung des unteren Lides, des Exophthalmus und der Beschränkung in den Bewegungen des Augapfels diagnosticirte H. Dr. P o o l e y eine wahrscheinliche orbitale Phlegmone ausser dem Empyem der Stirn- und Siebbeinhöhle, und wir stimmten darin überein, eine Operation von aussen sofort vorzunehmen.

An demselben Nachmittage operirte ich in dem B u l l'schen Sanatorium, von den Doctoren P o o l e y, W a r d und D e n t o n dabei ausgezeichnet unterstützt.

Ein Schnitt wurde von dem mittleren Theile des Supraorbitalrandes um das Auge herum bis zum Nasenflügel hinunter geführt. Das Periost war entzündet und verursachte starke Blutung. Nach Freilegung des Supraorbitalrandes und des Bodens der Stirnhöhle mit sorgfältiger Vermeidung einer Verletzung der Trochlea und des Supraorbitalnerven wurde mit dem Hohlmeissel und der Knochenzange eine ausreichende Oeffnung in die Stirnhöhle gemacht, um die Einführung eines Fingers zu

gestatten. Ungefähr zwei Unzen dicken, gelben Eiters und eine grosse Masse von Polypen wurden mit dem scharfen Löffel entfernt. Es wurde dann noch eine andere abgesonderte Höhle mit Eiter und Polypen ausgeräumt, welche in dem oberen inneren Winkel der Stirnhöhle gelegen war. Die grösste Masse Polypen und cariösen Knochens befand sich in dem unteren Abschnitt der freigelegten Höhle, welche aus den zerfallenen Siebbeinzellen bestand und gründlich ausgeräumt wurden. Ausser der Caries des Bodens der Stirnhöhle und der Siebbeinzellen wurde an der vorderen, hinteren und Scheidewand der Stirnhöhle keine Caries gefunden. Eine Drainageröhre wurde durch die natürliche Oeffnung der Nase gezogen und die Höhle mit Jodoformgaze angefüllt.

Das Auge wurde mit dem Griff eines Secalpells von der Innenseite abgeschoben und die Augenhöhle mit dem Finger durchsucht, ohne dass Eiter gefunden wurde.

Der äussere und innere Winkel wurden durch einen resp. drei Nähte geschlossen.

Am Tage nach der Operation war der Zustand des Auges derselbe als vorher; das untere Lid schien sogar stärker geschwollen zu sein. Der Puls war 100, die Temperatur 101°.

Am 6. December fühlte ich Fluctuation auf dem unteren Lide und ersuchte Dr. P o o l e y einen Einschnitt daselbst zu machen; er schnitt jedoch auf dem Infraorbitalrande ein und führte dann seinen Finger in die untere Augenhöhle, ohne Eiter zu finden. Der subjective Zustand des Patienten war jetzt durchaus nicht zufriedenstellend. Am 7. December war die Fluctuation auf dem unteren Lide noch deutlicher ausgesprochen, aber ich wurde dazu bewogen, die Schwellung jetzt nicht zu eröffnen, was ich gern gethan hätte. Temp. 102, Puls 110.

Am folgenden Morgen sah man nach Entfernung des Verbandes, dass sich der Abscess des unteren Lides spontan eröffnet hatte. Die Oeffnung wurde mit der Schere erweitert und sehr viel Eiter noch entleert.

Die Temperatur war am nächsten Tage normal geworden, und der Patient ging von jetzt an ununterbrochen seiner Heilung entgegen. Die Oeffnung der Stirnhöhle schloss sich nach etwa elf Wochen mit Ausfüllung der Höhle und ausgezeichnetem kosmetischem Erfolge.

Aus der Krankengeschichte geht klar hervor, dass der Patient

an einem chronisch hypertrophischen Catarrh der Nase gelitten hat, der durch die Verbiegung der Nasenscheidewand nach rechts und oben verstärkt wurde und mit der Hypertrophie der mittleren Muschel zum Verschluss der Mündung der Stirnhöhle im Infundibulum führte. Nach der Infection der Siebbein- und Stirnhöhle durch Influenza im December 1898 hatte es vier Jahre gedauert, bis die schliessliche Exacerbation den Process zu einem acuten Ausbruch drängte.

Die Aetiologie des Falles war sehr klar, und es war für Jemanden, der mit Erkrankungen der Nebenhöhlen vertraut ist, nicht schwer, die Diagnose des Empyems der Stirn- und Siebbeinhöhle zu stellen. Aber in welcher Ausdehnung diese Höhlen erkrankt waren, konnte nicht festgestellt werden; denn weder die Sonde noch Ausspülungen noch die Durchleuchtung können uns eine annähernde Vorstellung davon geben.

Es war daher ganz rationell, zuerst die Herstellung guter Drainage von der Nase aus zu versuchen, und dann, wenn dies nicht erreicht wurde, eine Operation von aussen auszuführen, die doch kein so gleichgültiger Eingriff ist. Die Rhinologen befürworten gewöhnlich diese Art des Vorgehens, während die Ophthalmologen von Anfang an die Radicaloperation empfehlen. Letztere sehen jedoch diese Fälle erst, nachdem eine Perforation in die Augenhöhle stattgefunden hat oder wenigstens eine starke Schwellung am inneren Augenwinkel beobachtet wird, während das Empyem der Stirn- und Siebbeinhöhlen an den Rhinologen in einem viel weniger vorgerückten Stadium herantritt, noch bevor das Auge überhaupt mitangegriffen ist. Jansen[1] ist der einzige, der die frühzeitige Eröffnung von aussen empfiehlt, wenn hartnäckige Kopfschmerzen und reichlicher Ausfluss aus der Nase vorherrschen, besonders wenn der üble Geruch fortbesteht; denn der Löffel erreiche von der Nase aus nur einen kleinen Abschnitt der Höhle und niemals jene abgesonderten Recesse, wie der in unserem Falle. Andererseits sind viele von der Nase aus geheilte Fälle von Empyem der Stirn- und Siebbeinhöhlen veröffentlicht, und ich kann auch eine eigene Beobachtung hinzufügen, in der ich einen Abscess der Stirnhöhle von der Nase aus eröffnet und viel Eiter entleert habe (allerdings in einem acuten Falle), der bereits seit drei Jahren vollständig geheilt ist.

Beim Auskratzen der Siebbein- und Stirnhöhle, welche ich viele Male ausgeführt habe, mache ich es mir zur Regel, seitliche

Abschweifungen des Löffels zu vermeiden, und ich glaube, sie auch in diesem Falle vermieden zu haben.

Als ich das Auge nach der intranasalen Operation zuerst wieder sah, war mein erster Gedanke, dass ich die Augenhöhle perforirt hätte. Eine orbitale Phlegmone oder ein Abscess war die nächste Schlussfolgerung, und die Erforschung der Augenhöhle im Anschluss an die Eröffnung der Stirnhöhle von aussen bildete daher ein ganz rationelles Verfahren. Es wurde jedoch kein Eiter gefunden, und die Wände der Augenhöhle erwiesen sich bei der Palpation als intact. Grünwald[2] warnt davor, bei dem Gebrauche der Zange und des Löffels die orbitalen Zellen und die Lamina papyracea zu perforiren, obwohl dieselben durch ihre seitliche Lage sehr geschützt seien.

Ich glaube nicht, dass ich die Stirnhöhle mit dem Löffel von der Nase erreicht habe; ich hatte eben nur die vorderen Siebbeinzellen ausgekratzt und desshalb die orbitalen Zellen oder die Lamina papyracea nicht verletzt. Es ist aber leicht möglich, dass die Operation einen ruhenden Process aufgerüttelt hat, (nach Kuhnt[3]) eine Thrombophlebitis der die Knochenwände der Augenhöhle perforirenden Venen und eine sich daran anschliessende orbitale Cellulitis, möglicher Weise auch durch die congenitalen Lücken hindurch (nach Williams[4]) erzeugt hat. Es dauerte dann vier Tage, bis sich der Abscess des unteren Lides gebildet hatte.

Wenn ich die Augenhöhle durch die Stirnhöhle hindurch perforirt hätte, so würde ein Abscess des oberen Lides entstanden sein; *Abscesse des unteren Lides in Verbindung mit Stirnhöhlenerkrankung sind jedoch nicht bekannt.*

Ziem[5] und Jansen[1] berichten über Abscesse des unteren Lides bei Empyem des Antrum Highmori, welche jedoch nach Turner[6] in Verbindung mit dieser Höhle viel seltener sind. Ein anderer Fall von Ziem[7] bietet einen Abscess der Stirnhöhle und der Glabella bei einem 5jährigen Mädchen dar, die von ihrem kleineren Bruder in die Nase gebissen worden war. Aus dem Abscess des Lides und der Stirnhöhle wurde viel Eiter entleert. Dies ist der einzige Fall in der Literatur in dem ein Abscess des unteren Lides in Verbindung mit Erkrankung der Stirnhöhle auftrat, aber das Alter der Patientin lässt ihn nicht als ganz beweiskräftig erscheinen, da die Stirnhöhle mit fünf Jahren oft noch nicht entwickelt ist.

Die interessanten Punkte unseres Falles bilden: Der Verlauf der Erkrankung mit ihrem acuten Anfang und der acuten Exacerbation am Ende und einer latenten Zwischenzeit von vier Jahren zwischen den beiden Anfällen; die Feststellung der Indicationen für die intranasale und die äussere Operation; das Auftreten der Complication seitens des Auges unmittelbar nach der intranasalen Operation, ihre Diagnose und Behandlung, und schliesslich die Heilung.

123 Ost 62. Strasse.

Literatur.

[1]) A. Jansen: Arch. f. Laryngologie I, p. 135.
[2]) Grünwald: Die Lehre von den Naseneiterungen. München 1893, p. 120.
[3]) H. Kuhnt: Die entzündlichen Erkrankungen der Stirnhöhlen. Wiesbaden 1895, p. 59.
[4]) P. W. Williams: Diseases of the Upper Respiratory Tract. 1901, p. 381.
[5]) Ziem: Therapeutische Monatshefte 1888, No. 4 und 5.
[6]) A. L. Turner: The Accessory Sinuses of the Nose, etc. Edinburgh, 1901, p. 153.
[7]) Ziem: Monatsschrift für Ohrenheilkunde 1889, p. 252.

Zur Behandlung der Dysenterie.

Von Dr. A. Herzfeld.

Die therapeutische Verwendung der Gelatine wegen ihres coagulirenden und haemostatischen Effectes wurde vor etwa sechs Jahren von Dastre und Floresco in Frankreich in unseren Arzneischatz eingeführt und wurde seit jener Zeit für die verschiedenartigsten Blutungen mit mehr oder minder Erfolg verwendet: Aneurysma, Typhus, schwere Uterus-, Oesophagus-, Ulcus ventriculi-Blutungen, Epistaxis, Haemophilie (Schnittwunden local) fast ausschliesslich subcutan, in einigen Fällen per os.

Da ich über die Anwendung der Gelatine in der Behandlung von Dysenterie in der Literatur nichts zu finden vermochte und ermuthigt durch meine günstigen Resultate, entschloss ich mich, meine bis dato geringe Erfahrung zur weiteren Kenntniss zu

bringen, eventuell die Wirkung der Gelatine bei obiger Erkrankung weiter zu prüfen.

Im Ganzen behandelte ich mit Gelatine zwei Fälle von Dysenterie, einen leichten Fall und einen sehr schweren, dessen Krankengeschichte ich hiermit wiedergebe:

Pat. H. F., 40 Jahre alt, war bis zu dieser Erkrankung immer gesund gewesen. In der Nacht des 11. Juli wird Pat. von heftigen Schüttelfrösten befallen, Temperatur 101, Puls 96. Den Schüttelfrösten folgte eine heftige Diarrhoe die im Laufe des Tages einen ausschliesslich schleimigen Character annahm. Temperatur stieg auf 102, Puls 104. Der Stuhlgang war mit Blut vermengt. In der Nacht des 12. Juli wurden die Stühle rein blutig, erfolgten alle 10—15 Minuten unter heftigen Schmerzen. Temperatur fiel auf 97,8, Puls 84. Pat. wurde wegen drohender Collapserscheinungen fortwährend stimulirt. Die bisher eingeleitete Bismuth- und Opiumbehandlung mit feuchtlauwarmen Umschlägen auf den Leib hatten keinen Erfolg, ebensowenig die dreimal täglich vorgenommenen subcutanen Morphiumeinspritzungen und Stärkeirrigationen des Darmes. Da der Zustand des Pat. sehr besorgnisserregend wurde, beständig Collapszustände eintraten, Urinverhaltung sich einstellte, entschloss ich mich, wie in einem früheren, allerdings sehr leichten Fall, die Gelatineirrigationen vorzunehmen. Ich liess den Darm mit leichter Kochsalzlösung auswaschen und dann mit einer Gelatinelösung 30:300 ccm („prep. Gelatine") irrigiren und dem Pat. wurde empfohlen, die Lösung so lange als möglich zu halten, was ihm in der Bauchlage am besten gelang. Ich liess diese Irrigationen in Körperwärme alle 2 Stunden in grösseren Quantitäten 30:500 wiederholen, nach 24 Stunden sistirten die Blutungen und der Pat. fühlte sich nach jeder Irrigation bedeutend erleichtert. Da Schlaflosigkeit herrschte, liess ich zweimal ½ Theelöffel Tinctura Opii simplex zusetzen. Hierbei möchte ich noch erwähnen, dass jegliche Medication während dieser Behandlung ausgesetzt wurde und Patient nur flüssige Nahrung und Stimulantien erhielt. Die nächstfolgenden Tage war die Temperatur fast normal, Puls zwischen 86 und 72, die Stühle schleimig mit kleinen Blutpartikeln vermengt. Patient musste noch fortgesetzt catheterisirt werden. Am siebenten Tage nach der Erkrankung erfolgte nach spontaner Urinentleerung eine

mässige Darmblutung, die wiederum nach einer Gelatineeingiessung stand.

Patient machte dann eine ungestörte Reconvalescenz durch. Nachdem die Blutungen nachgelassen, erhielt er *Creosot*, das mir in einer Anzahl von Dysenteriefällen bessere Dienste leistete als Bismuth und eine grosse Anzahl der modernen Darmantiseptica.

224 West 24. Strasse.

Ueber künstliche Säuglingsernährung.*)

Nach einem eigenen Referate, vorgetragen in der Section für Pädiatrie der IX. polnischen Naturforscher- und Aerzte-Versammlung in Krakau.

Von Dr. Johann Landau in Krakau.

II.

Die ausgezeichneten Forschungen Pasteur's über Befreiung der Kuhmilch von pathogenen Microorganismen fanden practische Verwerthung durch Soxhlet, welcher im Jahre 1886 die Construction des Sterilisirapparates zur Sterilisation der Milch im Hause angab. Zum Ersatz der Frauenmilch wurden verschiedene Milchpräparate versucht, von denen die meist verwendeten: die sterilisirte Milch und die Gärtner'sche Fettmilch nun zu besprechen sind. Die häufig verwendete sterilisirte Milch fand von Seite verschiedener Autoren eine scharfe Kritik, seitdem Flügge nachwies, dass im Soxhlet'schen Apparate sterilisirte Milch nicht keimfrei sei. Die im Apparate ¾—1 Stunde lang gekochte Milch ist seiner Ansicht nach nicht steril und muss nach dem Kochen gekühlt werden. Die scheinbar normale und unveränderte Milch kann schon so verändert sein, dass sie durch genauestes Sterilisiren nicht sterilisirt werden kann. Flügge empfiehlt deshalb folgendes modificirte Verfahren: In den Topf wird 1 l Wasser gegossen und wenn durch die Oeffnung in der Decke Dampf aufsteigt, das Wasser noch

*) Aus *Die Heilkunde*, V. Jhrg., 8. H. Vergl. auch diese Monatsschrift, Heft 6.

durch 10 Minuten gekocht. Dann werden die Flaschen in der Temperatur von 18—20° C. untergebracht. Die Flügge'schen Versuche bestätigen die Resultate Biedert's, dass das Zurücklassen der Milch im Topfe und Verhindern der Infection durch Berührung die wichtigsten Bestandtheile des Soxhlet'schen Verfahrens seien, hingegen opponiren sie der Heubner'schen Ansicht, dass die Microorganismen, welche in Mund, Magen und Darm hineingelangen, unschädlich seien. Flügge's Resultate werden von Baginsky bekämpft, da in seinem Spitale im ersten Jahre der Anwendung des Soxhlet'schen Apparates die Sterblichkeitsziffer von 78.9 auf 69.5 herabging. Dass die Milch durch gewöhnliches Kochen im Wasserbade in der chemischen Zusammenstellung nicht verändert wurde, bewies Bendix, denn erst mehrmaliges Erwärmen bis 100° C. verursache Eiweiss- und Fettverlust und die Milch bleibt dann, trotz mehrmonatlichem Aufbewahren, unverändert. Diese Untersuchungen in Verbindung mit Stoffwechselversuchen ergaben, dass bei Verabreichung gekochter oder sterilisirter Milch an einen gesunden Säugling gar kein Unterschied in der Stickstoff- oder Fettausnützung zu Gunsten der einen oder der anderen Milchart bemerkt werden konnte. Es giebt demnach keinen Unterschied zwischen sterilisirter und nicht sterilisirter Milch in Bezug auf Verdauung und Resorption. Dasselbe Resultat finden wir bei gesunden Kindern mit verminderter Verdauungsfähigkeit. Geruch und Geschmack sind nach dem Sterilisiren unverändert und die Kinder trinken gerade so gern sterilisirte als gekochte Milch. Schädliche Nebenerscheinungen von Seite des Verdauungsapparates wurden nach sterilisirter Milch nie beobachtet. Der Allgemeinzustand, die Gewichtszunahme, Appetit und Stuhl sind normal, kein Erbrechen. „Da wir die Gefahren der Uebertragung von Krankheiten durch die Milch kennen", sagt Bendix, „so müssen wir in jedem Falle künstlicher Ernährung sterilisirte Milch anempfehlen", und zur sicheren Vernichtung der Bakterien und Sporen empfiehlt er Sterilisirung, aber nicht Pasteurisirung. Fournier räth sterilisirte Milch für syphilitische Kinder bei Mangel von Frauenmilch. Kramsztyk empfiehlt, bei Mangel eines Sterilisirapparates, Kochen der Milch und Aufbewahren in demselben Gefässe und nach zwölf Stunden wiederholtes Aufkochenlassen. Seine Resultate fasst Kramsztyk dahin zusammen, dass ein wichtiges Agens bei der künstlichen

Säuglingsernährung die Art der Fütterung der Kühe bilde und ihre Reinhaltung, dann erst die Milchsterilisirung. Die Pasteurisation ist nach französischen Autoren ungenügend. Freemann hingegen empfiehlt die Pasteurisation der Milch, um so die Veränderung ihrer chemischen Zusammensetzung vermeiden zu können. (Er empfiehlt zu dem Zwecke einen neu construirten Apparat.) Seine Versuche zeigten, dass pathogene Bacterien, wie der Diphtherie-, Typhus- und Cholerabacillus, Staphylo- und Streptococcen, Bacterium coli commune, zur Milch zugesetzt, durch Erwärmen zu 75° C. unschädlich gemacht werden. Feer zeigte, dass die im Soxhlet-Apparate sterilisirte Milch guten Geschmack habe; die Milchproducenten dürfen also nicht befürchten, dass die Milch durch längeres Sterilisiren den guten Geschmack verlieren werde. Leichter sterilisirbar ist die Milch der mit Trockenfutter genährten Kühe, als diejenige mit frischem Gras gefütterter. Koplik empfiehlt, die Milch beim Sterilisiren nicht über 90° zu erwärmen, da sie verändert wird und Verdauungsstörungen eintreten. Gleich Kramsztyk legt Auerbach das Hauptgewicht auf Reinhaltung des Kuhstalles und Trockenfutter, denn die bacteriologischen Versuche zeigten, dass Proteus vulgaris, Bacterium coli und Bacterium acidi lactici der Hitze weniger resistent sind und nach einmaligem Aufkochen vernichtet werden, hingegen die Sporen mancher Anaerobionten und der peptonisirenden Bacterien Flügge's, welche an der Luft gedeihen, sich weiter entwickeln. Die letzteren gelangen in die Milch mit dem flüssigen Kothe der Thiere, welcher nach frischem Futter auftritt. Die Milch dieser Kühe ist schwieriger sterilisirbar; sie muss centrifugirt und 10 Minuten gekocht, gekühlt und bei 18° C. aufbewahrt und im Laufe von 12 Stunden verbraucht werden. Wenn sie länger aufbewahrt werden soll, muss sie in hermetisch geschlossenen Flaschen 25 Minuten gekocht werden. Die Bedeutung des Trockenfutters erklärt Auerbach durch Entfernung der Fermentreize, insbesondere des Bacillus butyricus, welcher auf den Darm des Säuglings einwirkt. Um Milch zu sterilisiren, genügen oft nicht 40, sondern 80 Minuten. — Manche Autoren opponiren der Verabreichung sterilisirter Milch, da sie schädlich auf den Organismus des Kindes einwirke. So sah Starck in Kiel 16 Fälle von Barlow'scher Krankheit nach sterilisirter Milch, währenddem die Veränderung der Nahrung in reine

Milch Genesung brachte. Baginsky machte schon aufmerksam auf die Veränderung der Milch beim Sterilisiren, und zwar die Veränderung des Caseins durch das Labferment, die Dialyse des Milchzuckers, des Nuclein und Lecithin; der Geschmack werde verändert, der Zucker in Caramel verwandelt und das Eiweiss niedergeschlagen. Starck betrachtet das ständige Verabreichen sterilisirter Milch in verschiedener Form als Ursache der Verdauungsstörungen, welche weiter Anämie, Rachitis und Scorbut verursachen, und macht dafür die physischen und chemischen Veränderungen der Milch sowie die Eintönigkeit (!?) der Nahrung verantwortlich. Er empfiehlt daher reine, frisch gekochte Milch als gerade so gut wie die sterilisirte, aber ohne ihre Schattenseiten. Der Grad und die Dauer der Erwärmung der Milch hängt ab von ihrer Qualität und von der Möglichkeit des Aufbewahrens. In der Discussion über diesen Gegenstand auf der Düsseldorfer Versammlung standen Heubner und Meinert auf der Seite Starck's, während Ranke, d'Espine und Escherich keine üblen Folgen sahen nach Anwendung sterilisirter Milch. Barton sah Scorbut nur bei vollständigem Sterilisiren, während die fractionirte Sterilisation unschädlich sei; er empfiehlt deshalb die fractionirte Milchsterilisirung. Winter giebt jedoch keinen Vorzug der fractionirten vor der gewöhnlichen Sterilisirung, wenn der entsprechende Zeitraum beim Sterilisiren eingehalten wird; als beste Methode betrachtet er die Erwärmung der Milch durch einige Secunden bei 125—130°, wobei die Milch nicht verändert und kein Caramel gebildet wird. Zur practischen Verwendung genügt Erwärmung durch 20—30 Minuten zur Temperatur 100—102° C. De Jager schiebt die schwersten Verdauungsstörungen auf die sterilisirte Milch, denn die Bacterien der Milchsäure, welche die weiteren Fermentationen verhindern können, werden vernichtet. Die verminderte Fermentation der Milchsäure verursacht Störungen der Salzresorption, und zwar werden besonders die Erdphosphate nicht gelöst, somit der Kalk nicht resorbirt und das Blut bleibt schwach alkalisch. Verdauungsstörungen sollten daher seiner Ansicht nach nicht mit sterilisirter Milch, sondern mit viel Milchsäure enthaltender Nahrung behandelt werden. Er empfiehlt folgende Zubereitungsweise der Nahrung: 1 l Buttermilch wird mit 12 g Weizen- oder Reismehl bei ständigem Umrühren bis zum Sieden erwärmt; nach Zusatz von Milchzucker wird die

Mischung vom Herd genommen und eine Messerspitze Butter zugesetzt. Biedert legt Nachdruck auf die Art des Futters und Reinhaltung der Milchhallen als wichtigeres Moment als das Kochen im Soxhlet-Apparate, welches nicht alle Microorganismen vernichte und nur durch Absonderung der einzelnen Portionen in Flaschen wirksam sei. Gänzlicher Verschluss der Flaschen ohne Luftzutritt sei überflüssig und fractionirte Sterilisation ungenügend. Er empfiehlt endlich die Errichtung von Milchuntersuchungsstationen. — Carstens empfiehlt rein erhaltene, in reinen Gefässen gekochte oder kurz im Hause sterilisirte (10 Minuten) als besser als die fabrikmässig sterilisirte Milch; es soll jedoch über den zehnten Lebensmonat hinaus nicht ausschliesslich sterilisirte Milch verabreicht werden. Das Durchseihen der Milch durch Leinwand ist unstatthaft, da die Milch dadurch verunreinigt werde. Sterilisirte Milch soll nicht verabreicht werden, bevor an zwei Flaschen die Probe ausgeführt wurde. Troitzky wies es nach, dass die Milch durch Sterilisiren an Nährkraft nicht verliere, die Kinder trinken sie gern, nehmen an Gewicht zu und die sterilisirte Milch bildet einen schlechteren Nährboden für Microorganismen als die rohe Milch. — Die von Blasius und Beckurts angewendete Flaak'sche Sterilisirmethode beruht darauf, dass Mischmilch (von 350 bis 400 Kühen) centrifugirt, mit durchfliessendem Wasserdampf auf 102—108° C. erwärmt, in Flaschen gegossen, verkorkt wird und dieselben in dieser Temperatur 1½ Stunden belassen werden. Durch blosses Centrifugiren wird die Milch chemisch und physisch nicht verändert, sondern von Microorganismen gereinigt; chemisch werde sie erst durch das Sterilisiren verändert, da sich das ganze Eiweiss in Pepton verändert. Gernsheim glaubt auf Grund der Untersuchungen über sterilisirte Milch, dass in den Apparaten mit einzelnen Flaschen leichter gleichmässige Vertheilung des Fettes in der Milch erzielt werden kann, als bei anderen Methoden der Aufbewahrung. Es können hier jedoch bedeutende Unterschiede in den einzelnen Portionen vorhanden sein, welche vermieden werden können durch Mischen der Milch vor dem Eingiessen in die Flaschen und sofortiges Füllen derselben. Beim Aufbewahren der Milch im Biedert'schen Topfe hatten die einzelnen Portionen verschiedenen Fettgehalt, was durch entsprechendes Mischen verhindert werden kann, und zwar muss die Milch stark circulär gemischt werden, parallel zur Bo-

denfläche bei zur Hälfte gefülltem Topfe. Verschiedene Sterilisirmethoden gaben gleich gute Resultate, trotzdem die Versuche im Sommer angestellt wurden. Bei Mangel entsprechender Aufsicht sind die Flaschenapparate sicherer als der Topf. Verschiedene Milchproben ergaben, dass wir absolut sterile Milch nicht erreichen können; eigens verunreinigte Flaschen sind nach Reinigung mit der Soxhlet'schen Bürste, Auskochen durch 20 Minuten in 12½procentiger Lösung von grüner Seife, Durchspülen derselben mit heissem Wasser ganz steril. Die Gummikappen und Bürsten müssen auch in dieser Lösung gekocht werden. In Anstalten muss das täglich, für den Privatgebrauch ein- bis zweimal wöchentlich gemacht werden. — Hochsinger giebt folgende fünf Cardinalpunkte an: 1. Verwendung des Soxhlet'schen Apparates und des Flaschensystems, 2. Sterilisiren im durchfliessenden Wasserdampfe, 3. Wiener Patentpropfen, 4. Anwendung des Asbesterwärmers während des Säugens und 5. des Fürst'schen Saugapparates. — Hempel macht aufmerksam, dass durch übermässiges Kochen der geringe Albumingehalt der Milch vom löslichen in den unlöslichen Zustand übergeht und er trachtet daher, dass die Milch rein erhalten und steril aufbewahrt werde, indem peinliche Reinlichkeit im Kuhstalle, aseptisches Melken beobachtet werde, und die Milch, anstatt sterilisirt zu werden, in diesem Zustande nach dem Melken bis zur Benützung aufbewahrt werde. Chavano empfiehlt, im Soxhlet-Apparate sterilisirte Milch unverdünnt in solcher Menge zu verabreichen, welche dem Anfangsgewichte des Säuglings entspricht. Die letzten Versuche Knöpfelmacher's zeigten, dass durch gewöhnliche Sterilisirmethoden die Ptomaine nicht gänzlich vernichtet werden und die Milch chemisch verändert werde. Durch Zusatz von Biedert's Rahmgemenge oder Centrifugiren nach Gärtner werde der Unterschied der Frauen- und Kuhmilch nicht ausgeglichen. Es wurde durch verschiedene Methoden versucht, die Kuhmilch mehr eiweiss- und weniger caseinhältig zu machen; dadurch würde auch der Eisengehalt, der nur im Casein enthalten sei, geringer werden. Diesen Eisengehalt versuchte man durch Eigelb oder Carniferin zu ersetzen. Knöpfelmacher empfiehlt Verdünnung der Milch bis zu 0.7 Procent Caseingehalt, Fettansammlung zu 4 Procent, Milchzuckerzusatz zu 5.5 Procent und Zusatz von einem Hühnerei auf 1 l Nahrung. Bluze

glaubt auf Grund eigener Versuche, dass Brustkinder vom siebenten Lebensmonat an sterilisirte Milch bekommen können, und dass dieselbe vor der gewöhnlichen den Vorzug verdiene, da sie die Kinder vor Darmcatarrhen schütze. Heubner sah gute Erfolge vom Soxhlet-Apparate, er vernichtet jedoch nicht gänzlich die Sporen. Für Kinder sei der beste Ersatz für Frauenmilch die meist verbreitete Kuhmilch. Die Ursache der ungünstigen Erfolge der künstlichen Ernährung in den Grossstädten sei eher die Verunreinigung der Milch, als der grosse Eiweissgehalt und unzweckmässige Verdünnung. Heubner und Hoffmann empfehlen für Kinder vom ersten bis zum neunten Lebensmonate eine Mischung von 1 Theil Kuhmilch und 1 Theil 6.9procentiger Milchzuckerlösung. Der Wassergehalt dieser Nahrung ist zwar etwas grösser, das Verhältniss der einzelnen Bestandtheile ist aber dasselbe wie in der Frauenmilch. Die Mischung enthält wenig Fett, welches durch Zuckerzusatz ersetzt werden sollte, indem in der ersten Woche 14.06 Zucker zugesetzt werden, während die Frauenmilch 4.69 Zucker enthält. Der Zuckerüberschuss wird aber nicht verdaut und verändert sich unter dem Einflusse von Bacterien in Milchsäure, welche Meteorismus, Kolikschmerzen und dyspeptische Erscheinungen verursache. Bendix empfiehlt die Heubner'sche Mischung, da das Mehreiweiss nicht schade, der Säugling den Durchfall verliere und an Gewicht zunehme. Seine Experimente zeigen, dass der Caseingehalt der Kuhmilch in nicht ganz normalen Verhältnissen noch ziemlich gut ausgenützt werde. Szontágh und Krieger sind Gegner des übermässigen Verdünnens von Milch, denn die Kinder schwitzen infolge der übermässigen Flüssigkeitsaufnahme und erkälten sich leicht. Schlesinger geht von der Ansicht aus, dass die Qualität der Milch beim Sterilisiren verändert werde, und erkennt als genügend an gewöhnliches Kochen oder Sterilisiren im Soxhlet-Apparate durch einige Minuten, wenn die Milch genug rein ist und nach dem Kochen gekühlt wird. Damit die Nährkraft der Nahrung an Werth nicht verliere, soll folgende Zusammensetzung nicht überschritten werden: 2 Theile Milch auf 1 Theil Wasser und 6 Procent Milchzucker (auf 1 l 575 Calorien), denn 1 l Frauenmilch enthält 640 Calorien. Hempel verdünnt die Milch, um sie der Frauenmilch ähnlicher zu machen, dermaassen mit Wasser, dass der Caseingehalt gleich sei demjenigen der Frauenmilch, setzt

dann soviel Rahm, Milchzucker und Hühnereiweiss hinzu, bis die Mischung der Frauenmilch ähnlich wird. Er empfiehlt auch Verabreichung ungekochter Milch nach folgender Vorschrift: Kuhmilch wird durch Centrifugiren auf 7½ Procent Fettgehalt gebracht und 10.5 Milchzucker und 9.5 Hühnerei auf 1 l zugesetzt; die Milch wird dann mit der entsprechenden Menge Wasser verdünnt und auf 37° C. erwärmt. — Monti verdünnt jetzt die Milch mit Molke, welche er von fetthaltiger Milch erhält. 1 l Milch wird bis 30° C. erwärmt und derselben 1 g französisches Labpulver, gelöst in 50 g destilirten Wassers, zugesetzt; nach 25—30 Minuten bildet sich eine Gallerte, welche bis 68° C. erwärmt, abgekühlt und durch ein seidenes Tuch geseiht wird. Das specifische Gewicht der Mischung beträgt 1.020—1.027, sie reagirt alkalisch und hat folgenden Percentgehalt: Casein 0.03, gelöstes Eiweiss 1.0—0.80, Fett 1.0, Zucker 4.50—5.0, Salze 0.70. Diese Molke wird mit Milch gemischt, entsprechend dem Alter des Kindes. Ausserdem wird in Wien sogenannte Säuglingsmilch producirt durch Mischung von Milch mit Molke: diese Mischung bildet unter dem Einflusse von Magensaft dünnflockigen Niederschlag. Sie wird in zwei Mischungsarten verabreicht, und zwar gleiche Theile Milch und Molke und zweitens: ein Theil Molke mit zwei Theilen unabgerahmter Milch. Die erste Mischung enthält 1.22 Procent Casein, die zweite 1.61 Procent; gelöstes Eiweiss enthalten sie 1.0—0.80 Procent. Die Milch wird hauptsächlich empfohlen für Säuglinge nach dem Absetzen von der Brust und für unreife Neugeborene in den ersten Lebenstagen. Budin verabreicht unverdünnte Milch und beweist die Schädlichkeit der verdünnten durch folgende Berechnung: Die Frauenmilch enthält 871 Wasser und 123 feste Bestandtheile, die Kuhmilch 865 Wasser und 135 feste Bestandtheile. Also man erhält bei Verdünnung von 1 l Kuhmilch mit 2 Theilen Wasser

$$\frac{870 + 2000}{3} = 957 \text{ Wasser auf } \frac{135}{3} = 45 \text{ g}$$

fester Bestandtheile.

Eines der populärsten Präparate der Kuhmilch ist jetzt die seit 1894 von Gärtner eingeführte sogenannte Gärtner'sche Fettmilch, enthaltend Casein 1.76 Procent, Fett 3.0 Procent und 2.4 Procent Milchzucker. Die ersten Versuche mit diesem Präparate an 30 Kindern der Frühwald'schen Poliklinik im Alter

von drei Tagen bis neun Monaten ergaben, dass drei Kinder sie nicht vertrugen, eines starb an Atrophie, eines an Lungenentzündung, so dass nur 25 Kinder dieselbe vertrugen. Die durchschnittliche Gewichtszunahme betrug 20.6 g. Bei Einzeldosen von 30—50—250 g in 2½—3stündlichen Intervallen wurden täglich 250—1500 g verabreicht, für schwächliche Kinder wurde 1procentige Gärtnermilch zubereitet. Der allgemeine Erfolg war sehr gut, die Kinder entwickelten sich gut, die acuten und chronischen Verdauungsstörungen schwanden rasch. Moser sah von 10 kranken Kindern der Widerhofer'schen Klinik bei 18 eine tägliche Durchschnittszunahme von 11.6 g. Er betrachtet diese Milch als gleichwerthig der Frauenmilch und schiebt die schlechteren Resultate als bei Brustnahrung auf die schlechten materiellen Verhältnisse und die geringere Intelligenz der Eltern der untersuchten Kinder, denn es waren hauptsächlich ambulante Kranke. Obwohl sie der Frauenmilch ganz ähnlich ist, kann sie jedoch nicht als vollständiger Ersatz derselben gelten. Moser empfiehlt die Milch auch bei Magen- und Darmkrankheiten und bei Atrophie. Raczynski verwendet die Fettmilch als ausschliessliche Nahrung und als Ergänzungsnahrung für Säuglinge; gesunde Kinder können dabei gut gedeihen, Verdauungsstörungen werden behoben, aber das hängt ab vom Grade der Erkrankung. Keilmann bemerkte (an 50 Kindern), dass, während an der Mutterbrust ernährte am zehnten Lebenstage einen Gewichtsverlust von 23 g zeigten, derselbe bei künstlich ernährten 176—195 g betrug. Unter dem Einflusse der Gärtner'schen Fettmilch betrug der Verlust nur 66 g. Die Erfolge der Ernährung mit dieser Milch waren also besser als bei gewöhnlicher Kuhmilch und annähernd gleich denen bei Ernährung mit Frauenmilch. Die Resultate sind umso ärger, je mehr die Milch an Casein enthält, und deshalb setzt jetzt Keilmann ein Drittel Theil Wasser hinzu und verhindert so das Entstehen von Dyspepsie. Escherich und Cahen-Brach geben die Krankheiten des Verdauungstractes als Contraindication zur Verabreichung von Gärtnermilch an. Obwohl diese Milch so viel Casein enthält als Kuhmilch verdünnt 1:1, sind doch die Caseinflocken leichter als in der letzteren. Beide Verfasser heben hervor den günstigen Einfluss dieser Milch für schwach entwickelte, scrophulöse und rhachitische Kinder und bei chronischer Obstipation. Nicht minder günstig ist das Urtheil von Stoos, wel-

cher auf die Gärtnermilch die Verminderung der Zahl der Gastroenteritisfälle zurückführt. Schütz verabreichte neun Erwachsenen, theils gesunden, theils kranken Personen, nüchtern 200—250 g Kuhmilch und einige Mal wieder Gärtner'sche Fettmilch. Die Untersuchung des Mageninhalts nach 1¼ Stunden ergab, dass weniger von der letzteren zurückblieb als von der gewöhnlichen, dass sie daher unter denselben Verhältnissen leichter verdaulich sei.

Weniger rosig ist das Urtheil von anderen Kliniken über die Gärtner'sche Fettmilch. Baginsky sah trotz vorsichtigen Anwendens der Gärtnermilch bei dyspeptischen Kindern dennoch Verdauungsstörungen und schiebt dieselben auf die Veränderung des Zustandes der Fettemulsion beim Centrifugiren, denn die Fettkügelchen werden fester zusammengeschlagen und sind schwer resorbirbar. Brudzinski zeigte hingegen, dass beim Centrifugiren der Emulsionszustand des Fettes in der Milch nicht verändert werde; desgleichen sei in dieser Beziehung die Fettmilch nicht verändert worden. Bei längerem, mehrmaligem Sterilisiren bildete sich jedoch Butter. In einigen Fällen sah er einen Fettverbrauch von 98.2 Procent. Die Resultate Popper's waren nicht besser als bei den bisherigen Methoden der künstlichen Ernährung; er ist ein Gegner der Verdünnung der Milch mit gleichen Theilen von Wasser und vermuthet, dass das Centrifugiren schädlich sei, denn es bilde sich Butter. Monti betrachtet die Gärtner'sche Fettmilch nicht als Ersatz der Frauenmilch, obwohl sie mit gutem Erfolge einige Zeit als Nahrung verwendet werden kann. Es sei ein Fehler, dass in dieser Milch der Casein- und Zuckergehalt vermindert wurde und dass es an löslichem Eiweiss mangle. Thiemich und Papiewski controlirten die Fettmilch an der Breslauer Klinik in Bezug auf Eiweiss und Fettgehalt und berechneten den Durchschnittsgehalt an Eiweiss 1.67 Procent, an Fett 3.2 Procent. Manchen Kindern wurde es in Verdünnung 1:1 verabreicht, denn magendarmkranke Kinder verdauten nicht das Eiweiss. Die Kinder tranken gern ½—1½ l täglich, die Stühle waren weniger hart, lehmartig und glichen zuweilen den Stühlen der Brustkinder; es wurden jedoch auch wässerige, stinkende, schleimhaltige Stühle beobachtet. Die Verfasser glauben daher, dass die Fettmilch in den von vornherein als günstig betrachteten Fällen nicht besser, in den zweifelhaften Fällen dagegen nicht sicherer sei, als die ver-

dünnte Milch; dieselbe soll jedoch nicht weniger empfohlen werden als die gewöhnliche Milch. Boissard nennt die Fettmilch „lait maternel" und verabreichte sie durch zwei Monate, giebt jedoch nicht an die Zahl der untersuchten Kinder, Gewichtszunahme und die Magen- und Darmfunctionen. Er kündigt eine ausführlichere Publication an, theilt jetzt nur mit, dass er Aufstossen, Erbrechen und Obstipation nicht beobachtet habe.

Aehnlich der Gärtner'schen Fettmilch ist die sogenannte Cream milk von Cantley, nur dass sie nicht mit Wasser verdünnt ist, sondern mit gleichen Theilen einer 10procentigen Lactoselösung. Der Gehalt ist sehr ähnlich demjenigen der Frauenmilch und die Kinder verdauten sie gut. Sie wurde pasteurisirt in folgenden Combinationen verabreicht: 3 Theile Milch: 1 Theil Wasser, 2 Theile Milch: 1 Theil Wasser, 1 Theil Milch: 1 Theil Wasser und unverdünnt. — Nicht minder allgemein verwendet wird das natürliche Biedert'sche Rahmgemenge, von welchem je nach dem Alter des Kindes fünf Mischungen zubereitet werden. Obwohl dasselbe billig ist, wird zur Bequemlichkeit künstliches Rahmgemenge zubereitet.

Backhaus glaubt, dass die Unterschiede der Frauen- und Kuhmilch betreffs des qualitativen Gehaltes an Fett und Milchzucker unbedeutend seien, dagegen bestehe ein bedeutender Unterschied in Betreff des Eiweiss- und Salzgehaltes; er schlug deshalb im Jahre 1895 vor, dass aus frischer Molke mit Zusatz von Labferment an Eiweiss reiche Molke bereitet, bis zu vier Fünftel eingedichtet und entsprechend mit Rahm versetzt werde. Ein Vorzug dieser Nahrung sei der geringe Caseingehalt der Kuhmilch, Fehlen des immer verunreinigten Milchzuckers und die Sicherheit der Sterilisirung. Durch verschiedene Vertheilung des Rahms und verschiedenen Grad der Eindichtung erhielt Backhaus drei Arten von Säuglingsmilch. Höckermann, Biringer, Runge und Vierordt erzielten mit dieser Milch gute Erfolge; Thiemich sah bei leicht erkrankten Kindern kein so rasches Zurückkehren der Magen- und Darmfunctionen zu normalen Verhältnissen und nachfolgende Gewichtszunahme, wie man sie bei Ernährung an der Brust erwarten könnte, er sah auch keine Gesundung bei schwer Kranken, wie man sie an der Mutterbrust sähe; hingegen traten bei Verabreichung dieser Milch seltener Magendarmcatarrhe auf, als bei der Gärtnermilch. — Lahmann'sche Pflanzenmilch wird aus

Mandeln, Nüssen und Milchzucker bereitet und enthält nach Stutzer 25 Procent Fett, 10 Procent Stickstoffbestandtheile, 38.5 Procent Zucker und stickstofflose Bestandtheile, 1.5 Procent Mineralkörper und 25 Procent Wasser. Bei Bluttemperatur giebt diese Milch nach Zusatz von Magensaft dünnflockigen Niederschlag und bei Zusatz derselben zur Kuhmilch schlägt sich das Casein in dünnen Flocken nieder. Höck bezeichnet es als vortheilhaft, dass sie zur Milch zugesetzt die Verdünnung derselben und den Fettzusatz überflüssig mache und dass sie bei niedrigem Säuregrade des Magensaftes die Magenverdauung beschleunige. — Die von Dufour empfohlene Humanisirung der Milch wird durch Verminderung des Eiweissgehaltes und Zusatz von Fett und Milchzucker vorgenommen. Anfangs beruhte die Methode darauf, dass Milch im geschlossenen Topfe so lange behalten wurde, bis sich der Rahm absetzte, worauf die Magermilch durch die am Boden des Gefässes angebrachte Oeffnung entfernt und 3.5 Procent Milchzucker zugesetzt wurde. Dufour änderte dann die Methode dahin, dass er zur Milch ein Drittel Wasser zugab und auf 100 Theile der Mischung 1.50—2.0 Rahm, 3.50 Theile Milchzucker und 1.0 Salz zusetzte und die Mischung sterilisirte. — Die Rieth'sche Albumosenmilch wird erhalten aus Hühnereiweiss, welches bis 135° C. erwärmt und durch Zusatz von Rahm und Milchzucker ein der Quantität nach der Frauenmilch gleichwerthiges Präparat giebt. Nach Hamburg wurde jetzt die Methode dahin modificirt, dass statt Kalicarbonat Natronsalz gebraucht werde, dass das Hühnereiweiss nur bis 127° erwärmt werde und die Albumosen von 140.0 auf 80.0 g pro 1 l reducirt wurden. Wirksam ist diese Milch, weil sie sich in dünnen Flocken niederschlägt, weil sie genügend Fett enthalte und weil sie die Bildung von Salzsäure günstig beeinflusse; sie kann jedoch nach Hauser nicht als Ersatz der Frauenmilch gelten. — Kraus sah in einigen Fällen bei Anwendung von Löfflund's peptonisirter Milch gute Erfolge, kann sie jedoch nicht als Nahrung für die Dauer empfehlen. Zubereitet kann sie werden durch Zusatz von 1 g Timpe'schem Milchpulver oder von 0.50 Richardson'schem Lactopepsin zur gewöhnlichen Nahrung; es kann auch zugesetzt werden ca. 1.0 g Natrii bicarbonici oder Pancreatin. — Landau empfiehlt warm die Löfflund'sche Milch, welche er bei seinem eigenen magenkranken Kinde und in einem Falle von Cholera in-

fantum mit gutem Erfolge verwendete. — Pfund's Kindernahrung besteht aus verdünntem Rahm, Hühnereiweiss und Milchzucker. Zur Mischung von Zucker und Eiweiss setzt Hesse auf 1 l der Mischung 0.22 Ferri saccharo-lactici hinzu und hatte gute Erfolge, aber nicht in allen Fällen. — Die künstliche Milch von Meyer wird erhalten durch Mischung von Wasser, Eiweiss, Butter, Milchzucker und Salz. Ihre Zusammensetzung entspricht derjenigen der Frauenmilch und sie enthält 0.91 Procent Eiweiss, 3.67—3.85 Procent Fett und 7 Procent Milchzucker. Das Fett befindet sich in feiner Emulsion; das Casein schlägt sich nieder in dünnen Flocken und das Pankreasferment verdaut es in 2—3 Stunden. Stoffwechseluntersuchungen ergaben, dass das Fett gut ausgenützt sei, und die Resultate waren auch bei Säuglingen günstig, welche keine Kuhmilch vertrugen. — Die von Camerer empfohlene Söldner'sche Conserve enthält in 100 Theilen ca. 5 Procent Eiweiss, 25 Procent Fett und 42procentige Maltose; sie ist dauerhaft und kann sterilisirt werden. — Steffen's Nahrung erhält man durch Kochen von 140 g Kalbfleisch ohne Salz durch ½—¾ Stunden mit ½ l Wasser, Zusatz von einem Theil Milch auf einen Theil Bouillon, einem Kaffeelöffel Rahm und 3.8 Procent Milchzucker auf 100 g Mischung. Dieselbe enthält 1.8 Procent Casein, 3.1 Procent Fett und 6.2 Procent Zucker. Obwohl die Resultate günstig waren, ist die Nahrung doch nicht zu empfehlen, weil sie theuer und die Zubereitung schwierig ist. Schreiber und Waldvogel setzen dem Casein Albumose hinzu, wodurch sich das Casein in dünnen Flocken niederschlägt. Bei künstlicher Milchverdauung steigt die Quantität des verdauten Eiweisses nach Zusatz von Caseose und dieselbe verursacht keine Darmstörungen. Die seit 1893 von Vigier fabricirte humanisirte Milch erhält man folgendermaassen: Eine gewisse Quantität Milch wird in zwei Portionen eingetheilt; auf einer bildet sich Rahm, welcher der ersten Portion zugesetzt wird, die zurückgebliebene abgerahmte Milch wird niedergeschlagen und die Magermilch der ersten Milchportion zugesetzt. Diese Milch enthält mehr Fett und Zucker als die gewöhnliche und die Hälfte des normal in der Milch enthaltenen Caseins. Sie ist gelblich, süsser als die gewöhnliche Milch und enthält in 1000 g: 23.60 Casein, 41.04 Milchzucker, 8.10 Kohlehydrate, 37.50 Fett und 7.10 Salze. Sie soll mit gutem Erfolge angewandt worden sein. — Die von Monti und Wolf ange-

gebene Säuglingsmilch beruht auf Verdünnung der Milch mit Molke derart, dass aus der Milch Casein mittelst Labferment niedergeschlagen und dann die durch ein Seidentuch geseihte Molke zur Hälfte mit Milch gemischt wird. — Voltmer'sche Milch ist künstlich peptonisirte Milch, gemischt mit Pancreassaft; dieselbe hat jedoch nicht immer dieselbe Zusammensetzung, kann daher nicht als gewöhnliche Säuglingsnahrung Verwendung finden. Dieselbe bildet eine weichliche, gelbliche Masse, welche nach Verdünnung mit acht Theilen Wasser hellbraun gefärbt wird. — Monti's condensirte Milch erhält man durch Condensiren von Kuhmilch und Zuckerzusatz. Bei gutem Condensiren erleiden die Milchbestandtheile keine Veränderung. Sie ist von Honigconsistenz, weiss oder gelblich und verdirbt nicht rasch. Gelöst in Wasser kann man bei microscopischer Untersuchung ganze Fettkügelchen und Zuckercrystalle sehen; sie wird je nach dem Alter verwendet in Verdünnung von einem Theil condensirter Milch auf 14—10 Theile Wasser und kann längere Zeit hindurch nicht verabreicht werden, da sie Dyspepsie, Meteorismus und Darmcatarrhe verursacht.

Kahnt gelangte zur Ueberzeugung bei Untersuchung des Einflusses von gewöhnlichem und sterilisirtem Milchzucker auf die Milch und den Ernährungszustand gesunder und kranker Säuglinge, dass Milchzucker ein wichtiges Ernährungsmittel bilde für kranke und gesunde Säuglinge; als Zusatz zur Säuglingsmilch ist Milchzucker unentbehrlich, Rebenzucker dagegen schädlich. Sterilisirter Milchzucker verdiene keinen Vorzug vor nichtsterilisirtem und ist theurer als letzterer. Milch und Zucker sollen zusammen gekocht werden. Kochen durch 45—60 Minuten bei 100° C. genügt vollständig zur Vernichtung der Bacterien von Milch und Zucker.

Moro gelangte auf Grund von Untersuchung von Milch und Säuglingsstühlen zu folgenden Resultaten: 1. Darminhalt und Säuglingsstuhl enthalten gewöhnlich von der Geburt an diastatische Enzyme, welche in den ersten Lebenswochen quantitativ sich vermehren. 2. Die Drüsenapparate secerniren die Enzyme, und zwar kann man schon im Pancreassafte von Neugeborenen Spuren derselben nachweisen; Bacterien nehmen an dieser Production keinen Antheil. 3. Frauenmilch enthält in normalem Zustande zuckerbildendes Enzym, Kuhmilch aber nicht. 4. Dieses

Enzym kann auch im Stuhle von Brustkindern nachgewiesen werden.

Es verdienen zuletzt Schmid-Momard's Untersuchungen hervorgehoben zu werden, welcher bei Verabreichung von verdünnter Kuhmilch, mit oder ohne Zucker, mit oder ohne Fett, bemerkte, dass Kinder mehr von dieser Nahrung nahmen als an der Brust; diejenigen aber, welche wenig Nahrung nahmen, nahmen im Verhältniss zum vorherigen Körpergewichte mehr an Gewicht zu. Bei Brustnahrung erhielten sie täglich 99 Calorien auf 1 kg Körpergewicht, bei Flaschennahrung dagegen 131 Calorien. In den ersten Lebensmonaten entwickelten sich am besten diejenigen Kinder, welche Mischungen erhielten, denen wenig Eiweiss, viel Fett und Kohlehydrate zugesetzt waren. Er empfiehlt deshalb für Neugeborene 1 Theil Milch: auf 2 Theile Wasser und etwas Milchzucker und raschen Uebergang zu 1 Theil Milch auf 1 Theil Wasser und im fünften Monat zwei Drittel Milch.

Editorielles.

Wie Landärzte in Florida Geburtshülfe treiben.

The Surgical Clinic veröffentlicht in ihrer Augustnummer einen Artikel von Dr. A. T. Cuzner, betitelt: "Makeshift Surgery of the Country Doctor," durch welchen der Verfasser eine Unfähigkeit in geburtshülflichen Dingen an den Tag legt, die man kaum für möglich halten sollte. Der biedere Landarzt ist sich seiner eigenen Dummheit und Ignoranz selbst so wenig bewusst, dass er seine geburtshülfliche Leistung nunmehr schon zum zweiten Male publicirt — das erste Mal geschah es im Jahre 1896 — "as it will be new to many of the readers of the Clinic, and in addition will probably convey some information." Man kann allerdings etwas aus der Publication des Floridaer Geburtshelfers lernen, aber leider nur wie man es nicht machen soll. Dr. Cuzner schreibt, wortwörtlich übersetzt, wie folgt:

„Früh am Morgen des 30. März 1896 wurde ich zur Patientin durch deren Mann gerufen. Letzterer sagte mir, seine Frau habe seit den letzten 10 Stunden Wehen, scheine aber keine Fortschritte zu machen; die Hebamme habe es daher für angezeigt gehalten, mich holen zu lassen. Vor zwei Jahren hatte ich die Frau von ihrem ersten Kinde entbunden bei einem normalen, aber schmerzhaften Verlauf der Geburt, die 10 Stunden gedauert hatte. Damals erhielt ich von der Hebamme eine Lehre,

die mir seitdem mehrmals von grossem Nutzen war, nämlich die, niemals das Leben eines anscheinend todtgeborenen Kindes aufzugeben. Indem ich eine Wiederbelebung des Kindes für aussichtslos hielt, legte ich es als todt bei Seite und beschäftigte mich nur mit der Mutter, während die alte Hebamme das Kind in die Hand nahm. Nach einer halbstündlichen Arbeit, Erwärmen am Feuer und Lufteinblasen in die Lunge mittels ihres Mundes, that das Kind einen Athemzug und begann zu schreien und zwar zu meinem grossen Erstaunen.

Doch um zu meiner zweiten Erfahrung mit der Patientin zurückzukehren, so steckte ich alles an Instrumenten und sonstigem, was ich nöthig haben könnte, zu mir und folgte dem Manne nach seiner ca. 5 Meilen entfernten Behausung. Ich fand bei meiner Ankunft die Patientin noch gut bei Kräften trotz der schon 12 Stunden andauernden Geburt. Sie hatte, seit die Geburt begonnen hatte, Stuhlgang gehabt und auch die Blase entleert. Nachdem ich mich hierüber vergewissert hatte, schritt ich zur körperlichen Untersuchung per vaginam, wobei ich unabsichtlich die Blase sprengte. Da sich hieran eine kräftige Wehe anschloss, musste ich momentan von einer weiteren Untersuchung abstehen. Soviel hatte ich jedoch gefunden, dass der vorliegende Kindestheil entweder die Schulter oder der Steiss war. Bei einer weiteren Untersuchung constatirte ich, dass das Acromion vorlag. Da bei dieser Untersuchung sich eine heftige Wehe einstellte, musste ich von einer weiteren Exploration abstehen, dabei fiel die rechte Hand vor und die Schulter stellte sich unter dem Schambogen ein. Die folgende Illustration zeigt die Lage des Kindes. (Hier findet sich im Original die schematische Abbildung einer typischen I. dorso-anterioren Querlage mit vorgefallenem Arme.)

Ich gab der Patientin nunmehr ein Opiat und setzte mich hin, um darüber nachzudenken, was ich unter diesen Umständen wohl am besten thun könnte. Zur Einleitung einer Narcose fehlte mir das Nöthige. Vor 6 Stunden konnte ich weder Rath noch Beistand erhalten. Die Patientin verlangte sofortige Hülfe. Unter diesen Umständen kam mir der Gedanke, zu versuchen, Arm und Schulter wieder in die Gebärmutter zurückzubringen und darnach zu trachten, den Kopf in das Becken zu leiten. Ich machte mehrere, zum Theil erfolgreiche Versuche, Arm und Schulter in das Becken zurückzubringen, allein mein Bemühen wurde jedesmal durch die äusserst kräftigen Wehen vereitelt, die die Schulter wieder in ihre frühere Stellung unter dem Schambogen zurücktrieben. Nachdem ich mich 4 Stunden lang auf diese Weise vergeblich bemüht hatte, gab ich der Patientin ein Anodynum und wartete dann einige Stunden.

Während dieser Zeit schickte ich nach Dr. Moore in Floral Bluff, einer Entfernung von 5 Meilen. Ungefähr um 6 Uhr Abends, nachdem die Geburt bereits 22 Stunden gedauert hatte,

traf Dr. Moore ein. Ich theilte ihm die Vorgeschichte des Falles mit, worauf er zur Vaginaluntersuchung schritt, wobei er versuchte, meine Idee zur Ausführung zu bringen, allein mit demselben negativen Erfolge wie ich selbst. Er machte dann noch den Versuch, die Füsse herunterzubringen, hatte aber auch damit kein Glück. Bei einer abermaligen Berathung machte er den Vorschlag, „ich solle einige Stunden warten, bis die Natur selbst helfend einschreite." Dies könne durch „Selbstentwicklung" des Foetus geschehen. Sollte jedoch dieser Fall nicht eintreten, könne ich versuchen, einen Fuss zu ergreifen, zu wenden und zu entbinden. Nachdem er noch dem Manne und der Mutter auseinander gesetzt hatte, was wir für das Beste hielten, das unter den Umständen gethan werden könne, überliess er mich für die Nacht mir selbst.

Als ich nach zweistündigem Warten fand, dass die Wehen anhielten und die Kräfte der Patientin abnahmen, verabreichte ich ihr Glonoinkörnchen, und versuchte abermals, die Schulter zurückzubringen und den Kopf in das Becken einzuleiten; als jedoch dies wiederum nicht gelang, versuchte ich zunächst einen Fuss zu ergreifen, zu wenden und das Kind herauszubefördern, allein auch dies war erfolglos.

Da begann mein Muth zu sinken und ich fing an, die Hoffnung aufzugeben, die Mutter zu retten — das Kind war bereits todt — als die wiederkehrenden Kräfte der Patientin mir einigermaassen neuen Muth gaben. Dabei nahmen die Wehen dermaassen an Heftigkeit zu, dass man nur mit Entsetzen zusehen konnte, und sie drohten, alles aus dem Becken herauszutreiben, ohne Rücksicht auf die Folgen. Die Natur war zur Selbstentwicklung geschritten.

Der Endzweck dieser heftigen Wehen war, den kindlichen Körper in das Becken herunter zu treiben und zu pressen und einen Theil des Rumpfes unter den Schambogen zu bringen. Indem ich dem Eindruck, den die Natur mit ihrem Bemühen, das Kind zu Tage zu fördern, auf mich machte, nachgab, packte ich den Arm des Kindes (entgegen den Schulvorschriften) und, denselben theilweise als Hebel benutzend, hakte ich meinen linken Zeigefinger in die Rippen und versuchte auf diese Weise die Natur zu unterstützen. Es gelang mir, den Rumpf aus dem Becken herauszuziehen. Steiss, Beine, Füsse und der linke Arm folgten so schnell, dass der ganze Vorgang nur eine einzige Bewegung zu sein schien. Ich liess den rechten Arm los, packte die Füsse des Kindes und zog an ihnen den Kopf heraus, wobei ich von einer starken Wehe, die der Austreibung des Rumpfes folgte, unterstützt wurde.

Während der kindliche Körper diese Bewegungen durchmachte, die schliesslich mit seiner Austreibung endeten, muss sich der Kopf von seiner Position auf dem Beckenrande entfernt

und sich der veränderten Lagerung des Rumpfes im Becken angepasst haben.

Ungefähr 10 Minuten nach der Geburt des Kindes befreite ich die Patientin von der Placenta, die sich prompt herausbefördern liess, da sie infolge des lang andauernden Druckes, den die Uteruswände auf sie ausgeübt hatten, nur klein war. Ich fand, dass das Kind ziemlich gross, jedoch auch dünn und mager war. Ich war unwillkürlich überrascht über die Wirkung des Glonoins auf den Uterus. Obwohl ich dasselbe nicht in dieser Absicht gegeben hatte, fand ich doch, dass es sich als ein äusserst wirksames Stimulans für die Austreibungskraft dieses Organs erwies. So hatte diese Geburt geendet, die ohne Unterbrechung 28 Stunden gedauert hatte. Ich blieb dann noch bei der Patientin bis zum Morgen (6 Stunden), und begab mich dann nach Hause; die Patientin war zu dieser Zeit so wohl, wie man erwarten konnte."

Betrachten wir nun die Heldenthat dieses modernen Dr. Eisenbarts etwas genauer, so finden wir, dass derselbe es zunächst mit einer typischen I. dorso-anterioren Querlage zu thun hatte. Durch ungeschickte innere Untersuchung sprengt er die Blase, wobei der rechte Arm vorfällt. Statt nun sofort, ehe noch sämmtliches Fruchtwasser abgeflossen ist und solange die Verhältnisse noch relativ günstig liegen, die innere Wendung zu versuchen, giebt er der Patientin Opium und setzt sich ruhig hin, um zu überlegen, was er thun soll. Eine Narcose, die die Vornahme einer Wendung bedeutend erleichtert haben würde, kann er nicht einleiten, weil ihm das Nöthige hierzu fehlt, obwohl er ausdrücklich erklärt, er habe sich vor seinem Weggehen mit allem Nöthigen versehen. Nachdem er nun endlich sich zur Vornahme der inneren Wendung entschliesst, versucht er nicht die indicirt gewesene Wendung auf den Fuss, sondern die Wendung auf den Kopf, die nur ganz ausnahmsweise und nur unter ganz besonderen Umständen am Platze, bei vorgefallenem Arme ganz sicher contraindicirt ist. Vier volle Stunden lang setzt er diese Wendungsversuche fort, dann giebt er der Patientin ein Anodynum und wartet. Von einer inneren Wendung auf den Fuss scheint er keine Kenntniss gehabt zu haben. Nach Verlauf von einigen Stunden trifft dann Dr. Moore ein, welcher zunächst ebenfalls die Wendung auf den Kopf versucht, dann aber auch die auf den Fuss. Dass diese zu dieser Zeit nicht mehr gelingt, ist nicht zu verwundern, selbst wenn man diesem Geburtshelfer zutraut, dass er mit der richtigen Ausführung der Wendung auf den Fuss vollkommen vertraut war, was immer noch fraglich sein dürfte. Als nun auch Dr. Moore mit seinem Latein zu Ende ist, giebt er seinem Collegen den famosen Rath, wieder ein paar Stunden zu warten, ob nicht die Natur selbst die Entbindung bewerkstellige. Wenn dies nicht der Fall sein sollte, könne er ja immer noch versuchen, auf den Fuss zu wen-

den. Hierauf empfiehlt sich der Consiliarius. Dr. Cuzner wartet richtig wieder zwei Stunden, giebt dann Glonoin und macht wieder Wendungsversuche. Dann giebt er die Hoffnung auf, die Mutter zu retten, das Kind war so wie so schon todt. Jetzt kommt die Selbsthülfe der Natur. Die Wehen nehmen an Heftigkeit zu, "until they were fearful to witness—threatening to drive everything out of the pelvis regardless of consequences." Nun tritt unser Geburtshelfer wieder in Thätigkeit. Nachdem schliesslich das Kind bis auf den Kopf geboren ist und es gilt, den nachfolgenden Kopf zu entwickeln, wendet er ein Verfahren an, das die von Mauriceau, Smellie und Veit empfohlenen sämmtlich in den Schatten stellt: Er packt das Kind an den Füssen und zieht daran den Kopf heraus. Er bleibt dann noch 6 Stunden bei der Patientin, und zieht dann am Morgen stolz auf seine geburtshülfliche Leistung ab. Die Frau ist "in as good a condition as could be expected," unter welcher diplomatischen Redewendung man sich alles Mögliche denken kann.

Und solch ein Pfuscher nennt sich Arzt! Hat denn der Mann nie etwas von der Gefahr einer Uterusruptur bei der verschleppten Querlage gehört, nie etwas von einer Operation, die man Embryotomie heisst? In seiner grenzenlosen Unwissenheit publicirt er nun noch seine Heldenthat und zwar, wie schon eingangs erwähnt, zum zweiten Male, damit ja den übrigen Aerzten nichts von seiner Wissenschaft entgeht und dieselben von der Nutzanwendung seiner Publication profitiren sollen, dass man nämlich bei einer Querlage, wenn die Wendung nicht gelingt, sich nicht weiter abzumühen braucht; man giebt einfach Glonoin, setzt sich hin und überlässt das Weitere der Natur, die sich schon durch Selbstenwicklung hilft. Und es ist gar nicht daran zu zweifeln, dass dieser Dr. Eisenbart Nachahmer finden wird, besonders unter den Lesern der „Surgical Clinic", denn wessen Geistes Kinder diese sind, lässt sich aus den „Surgical Queries" erkennen, die sie an den Editor der Zeitschrift richten und aus der Art und Weise, wie dieser sie beantwortet.

Es ist unnöthig, besonders zu betonen, wie traurig solche Verhältnisse sind und wie beschämend es ist, dass jetzt noch in den Vereinigten Staaten Aerzte practiciren, die solche grenzenlose Unwissenheit in geburtshülflichen Dingen an den Tag legen, die erst von einer alten Hebamme lernen müssen, dass man an asphyctisch geborenen Kindern Wiederbelebungsversuche anstellen muss. Traurig ist es aber auch ferner, dass es sogenannte medicinische Journale giebt, die jeden Blödsinn, der ihnen zur Publication eingeschickt wird, aufnehmen und damit auf viele Aerzte, deren Bildungsgrad leider noch nicht das richtige Niveau erreicht hat, einen schädigenden Einfluss ausüben.

Referate und Kritiken.

Jahrbuch der practischen Medicin. Kritischer Jahresbericht für die Fortbildung der practischen Aerzte. Herausgegeben von Prof. Dr. J. Schwalbe. Jahrgang 1902. Verlag von Ferdinand Enke. Suttgart 1902.

Der Jahrgang 1902 des Schwalbe'schen Jahrbuches der practischen Medicin reiht sich würdig seinen Vorgängern an. Irgend welche wesentliche Aenderungen in der Anordnung oder Bearbeitung des Stoffes sind seit dem vorhergegangenen Jahrgang nicht vorgenommen worden. An Stelle des verstorbenen Prof. Husemann hat Privatdocent Dr. Heinz in Erlangen das Referat über die Pharmacotherapie erstattet. Den Bericht über die Geburtshülfe und Gynäcologie hat Privatdocent Dr. Klein in Strassburg fortan allein — statt wie im vorigen Jahre gemeinsam mit Prof. Freund — übernommen. Seine Aufgabe, einen kritischen Jahresbericht für die Fortbildung der practischen Aerzte darzustellen, erfüllt auch der neue Jahrgang in reichem Maasse.

Lehrbuch der venerischen Krankheiten (Tripper, venerisches Geschwür, Syphilis.) Von Dr. Maximilian v. Zeissl. Mit 50 in den Text gedruckten Abbildungen. Verlag von Ferdinand Enke. Stuttgart 1902.

Seit dem Erscheinen der ersten Auflage schon hatte sich das v. Zeissl'sche Syphiliswerk einer besonderen Beliebtheit unter den Aerzten zu erfreuen gehabt, die sich in gleichem Maasse auch auf die nachfolgenden vier Auflagen übertrug. Nachdem nunmehr die Nothwendigkeit sich herausgestellt hatte, der fünften Auflage eine neue folgen zu lassen, beschloss M. v. Zeissl an deren Stelle eine vollständige Umgestaltung und Neuabfassung des Werkes vorzunehmen, von der Erwägung ausgehend, dass in den Jahren, die seit dem Erscheinen der 5. Auflage verflossen sind, sich so viele Anschauungen auf dem Gebiete der venerischen Erkrankungen geändert haben, dass mit einer Neuauflage allein nicht viel erreicht würde. Es liegen dem vorliegenden Lehrbuche die seit dem Jahre 1878 veröffentlichten Arbeiten des Verf., welche in verschiedenen medicinischen Zeitungen, in der Wiener Klinik, in Eulenburg's Realencyclopädie und in ihren Ergänzungsbänden, im Archiv f. Physiol., im Archiv f. Dermatologie und Syphilis etc., erschienen sind, zu Grunde. Ausserdem hat Verf. einzelne Capitel der 2. Auflage des Grundrisses der Syphilis, namentlich das Capitel der Dermatonosen und der Knochensyphilis, und der 5. Auflage des Lehrbuches (das Capitel Gehirn- und Nervensyphilis) für das neue Werk benutzt. Und

so ist in der That ein vollkommen neues Buch entstanden, das die Lehre von den venerischen Krankheiten in ganz vorzüglicher Weise zur Darstellung bringt. Die Darstellung ist eine überaus klare und die getroffene Eintheilung des Stoffes eine derartig übersichtliche, dass wohl kein wichtiges Factum aus der Literatur übersehen wurde. Besonders eingehend ist die Behandlung des Trippers und der Syphilis besprochen. Wenn dabei naturgemäss der Verf. seine therapeutischen Anschauungen conform seiner 25-jährigen Erfahrung zur Darstellung gebracht hat, so sind doch zugleich die Meinungen anderer Autoren gebührend gewürdigt worden, um dem Leser nicht nur eine subjective Meinung vorzuführen. Besonders werthvoll ist auch das äusserst ausführliche Literaturverzeichniss, welches dem Werke beigegeben ist. Die Ausstattung des Werkes von Seiten der Verlagshandlung ist eine ganz vorzügliche, und wir zweifeln nicht dass sich dasselbe in kürzester Zeit einer ebenso grossen Beliebtheit erfreuen wird, wie das alte H. v. Z e i s s l'sche Lehrbuch.

Der Hitzschlag auf Märschen. Mit Benutzung der Akten der Medicinal-Abtheilung des Preussischen Kriegs-Ministeriums. Von Dr. A. H i l l e r, Oberstabsarzt z. D. und Privatdocent. Mit 6 Holzschnitten und 3 Curven. Verlag von August Hirschwald. Berlin 1902.

Die vorliegende Monographie behandelt das Thema Hitzschlag in ausgezeichneter Weise und mit erschöpfender Ausführlichkeit. Zuerst macht Verf. interessante Angaben über die Geschichte des Hitzschlags, die bis vor Christi Geburt zurückreicht, dann erörtert er das Vorkommen und die Häufigkeit des Hitzschlages in den verschiedenen Armeen, sowie die geographische Verbreitung desselben. Besonders ausführlich werden die Ursachen des Hitzschlages besprochen, bestehend einerseits in atmosphärischen Einflüssen, welche alle Mannschaften einer marschirenden Truppe gleichmässig betreffen, und in der individuellen Disposition des einzelnen Mannes. Die atmosphärischen Einflüsse, unter welchen Hitzschlag aufzutreten pflegt, sind insgesammt solche, welche die Wärmeabgabe des Körpers hemmen. Es gehören hierher: 1. höhere Lufttemperatur, 2. grösserer Feuchtigkeitsgehalt der Luft, 3. Windstille und 4. Bestrahlung von der Sonne, wobei zu beachten ist, dass diese vier Einflüsse nicht immer gleichzeitig wirksam zu sein brauchen. So genügt vielmehr zum Auftreten von Hitzschlag das Vorhandensein von hoher Luftwärme allein, auch bei trockner und bewegter Luft. Ebenso kann Hitzschlag entstehen bei mässiger Luftwärme, wenn die Luft sehr feucht und windstill ist. Was die individuelle Disposition anbetrifft, so zählt Verf. nicht weniger als 13 verschiedene persönliche Ursachen auf. Ihrer Häufigkeit nach folgen: aus dem Civilverhältniss eingezogene Reservisten, Alcohol-

wirkung, Schwäche nach überstandenen Krankheiten, Abcommandirungen in ruhigen Dienst (Schreiber, Köche etc.), Fettleibigkeit, Beschäftigung als Handwerker, bestehende Krankheiten, ungenügender Schlaf, unzweckmässige Bekleidung, vorausgegangene Arreststrafe, ungenügende Nahrungsaufnahme, vorhergegangener Urlaub, vorhergegangener mehrwöchentlicher Schwimmunterricht. Der Abschnitt über die Pathogenese des Hitzschlags beschäftigt sich mit der Wärme-Oeconomie des Soldaten auf dem Marsche, der Bedeutung der Herzthätigkeit und der Athmung und der Bedeutung des Schweisses. Verf. unterscheidet bezüglich der Entstehung der Krankheit zwei verschiedene Arten: Hitzschlag infolge längeren Aufenthaltes in hochwarmer Luft, bei geringer oder fehlender Muskelarbeit, sowie Hitzschlag verursacht durch angestrengte Muskelarbeit in mässig warmer Luft. Was das Krankheitsbild anbelangt, lassen sich zweckmässig drei verschiedene, vollkommen typische Krankheitsbilder unterscheiden, nämlich: 1. die asphyctische Form, 2. die paralytische oder dyscrasische Form und 3. die psychopathische Form. Die einzelnen Krankheitsbilder werden ausführlich geschildert und durch Krankengeschichten erläutert. Die drei Schlusscapitel behandeln den Verlauf und die Ausgänge des Hitzschlags, den Leichenbefund, sowie die Prophylaxis und die Therapie. Die Arbeit ist mit reichlichen Literaturangaben versehen.

Die vorliegende Arbeit Hiller's dürfte wohl die beste auf diesem Gebiete sein, da sie den Stoff mit einer Vollständigkeit und Sachlichkeit behandelt, wie dies kaum je zuvor geschehen sein dürfte. Trotzdem scheinen dem Ref. einige ergänzende Bemerkungen am Platze zu sein. Verf. hat zwar in sehr ausführlicher Weise die Ursachen für den Hitzschlag und die daraus sich ergebende Prophylaxis besprochen, hat u. a. auch auf die unzweckmässige Bekleidung der Mannschaften in manchen Armeen hingewiesen, hat aber eine der Hauptursachen des Hitzschlages auf Märschen vollständig unberührt gelassen, und das ist das Verhalten des berittenen Truppenführers. Aus leicht verständlichen Gründen tritt der Hitzschlag vorwiegend bei den Fusstruppen auf, und eine der Hauptursachen desselben ist gar nicht selten der Umstand, dass der in der Regel berittene Führer entweder den Zustand seiner Truppe nicht kennt oder denselben nicht berücksichtigt; er trachtet nur bald möglichst vom Pferde und in sein Quartier zu kommen, schenkt den Vorstellungen der nicht berittenen Officiere und des begleitenden Truppenarztes keine Beachtung und treibt seine immer mehr erschlaffende Truppe weiter, bis die Zahl der bewusstlos zusammenstürzenden Leute anfängt, ihn zu beunruhigen. Dann erst wird Halt gemacht, allein oft schon zu spät und an einem ungünstigen Platze, ohne Wasser und ohne Schatten. So lange solche brutale Truppencommandeure nicht persönlich für die Todesfälle an Hitz-

schlag in ihrer Abtheilung haftbar gemacht werden. und so lange den Truppenärzten keine grössere Autorität in dieser Hinsicht verliehen wird, werden sich diese Verhältnisse auch nicht bessern. Eine andere Ursache für die vielen Hitzschlagfälle bilden die unsinnig forcirten sogen. Reisemärsche bei grosser Hitze. Es ist Thorheit, dieselben als Vorbereitung für den Krieg zu betrachten, und es ist traurig, dass ihnen im Frieden alljährlich viele Menschenleben zum Opfer fallen.

SITZUNGSBERICHTE.

Wissenschaftliche Zusammenkunft Deutscher Aerzte in New York.

Sitzung vom 24. Januar 1902.

Vorsitzender: Dr. W. Balser.

Vorstellung von Patienten.

1) Dr. Freudenthal stellt einen Fall von *Speichelstein* der rechten Submaxillardrüse vor. 30jähriger Mann klagte über Gefühl von Völle in der Gegend des Kieferwinkels, besonders nach dem Essen. Durch Betastung von aussen und von der Mundhöhle aus konnte ein kirschkerngrosser Speichelstein gefühlt werden.

Dr. Freudenthal zeigt ferner einen Speichelstein, welchen er vor ca. vier Jahren durch Operation einer Ranula gewonnen hatte.

Discussion. Dr. A. Jacobi und Willy Meyer halten das Entstehen einer Ranula durch einen Speichelstein für sehr selten.

2) Dr. Welt-Kakels stellt einen Fall von *acquirirter Lues* bei einem 8jährigen Mädchen vor. Vater ist gesund, die Mutter im Irrenhaus gestorben. Patientin hat Masern und Keuchhusten durchgemacht und eine Zeit lang an Enuresis nocturna gelitten. Vor fünf Wochen wurde Schwellung der Genitalien beobachtet, das Kind urinirte häufiger und mit grossen Schmerzen. Die Vulva fand sich geschwollen, besonders in der Gegend der Clitoris. An der vorderen Commissur findet sich eine knorpelharte Stelle. Indolente Bubonen in den Leisten und Achselhöhlen. Linke Cubitaldrüse geschwollen. Roseola syphilitica. Hinsichtlich der Infection war nichts zu eruiren.

Discussion. Dr. Pollitzer glaubt nicht an eine criminelle Infection, weil das Hymen unverletzt ist. — Dr. Pisko hält eine criminelle Entstehung doch für wahrscheinlich, weil gewöhnlich nicht der Coitus, sondern der Coitusversuch bei Kindern die Veranlassung zur Infection giebt. Die russischen Juden haben den Aberglauben, dass eine venerische Infection durch Uebertragung auf Kinder geheilt werde. — Dr. A. Jacobi hält die criminelle Infection von Kindern nach seiner Erfahrung für nichts Seltenes. — Dr. W. Meyer weist darauf hin, dass es wünschenswerth ist, dass solche Fälle gesetzlich verfolgt werden, um dem von Dr. Pisko erwähnten Aberglauben Einhalt zu thun. — Dr. Moschcowitz weist auf die Möglichkeit der Uebertragung durch unreine Thermometer hin.

Vorzeigen von Präparaten und Fälle aus der Praxis.

1) Dr. J. Schmitt demonstrirt ein *Uteruscarcinom,* das sehr wenig Symptome gemacht hatte, so dass Vortragender anfangs gar nicht an ein Carcinom dachte. Es fand sich ein Polyp der Cervix, der in der Sprechstunde entfernt wurde und sich als cystisch erwies. Doch der Grund, auf dem er aufsass, erschien verdächtig, und die microscopische Untersuchung ergab Carcinom. Bei der Operation fand sich dann ein Corpuscarcinom. Dr. Sch. hält die Infection der tiefer gelegenen Schleimhautfläche durch Hinabfliessen des krebsigen Secretes aus der Uterushöhle für wahrscheinlich.

Discussion. Dr. Boldt und Dr. A. Jacobi glauben nicht an diese Erklärung. Dr. A. Jacobi weist darauf hin, dass bei Darmkrebs eine Infection der tiefer gelegenen Theile so gut wie nicht vorkommt. — Dr. Langmann erwähnt Fälle von malignen Unterleibstumoren mit Ascites, wo er nach der Punction an der Stichöffnung Krebs entstehen sah. — Dr. Wiener spricht über die Frühdiagnose des Uteruscarcinoms. — Dr. Willy Meyer erwähnt einen Fall von Oesophaguskrebs, der Gastrotomie nöthig machte. Die Magenfistel wurde krebsig, im Magen selbst entstand kein Krebs. — Dr. Schmitt freut sich, dass die Discussion ersehen lässt, dass die meisten Redner an ein Impfcarcinom glauben. Er hält diesen Umstand für sehr wichtig in Bezug auf die Operation von Carcinomen.

2) Dr. Rudisch spricht über einen Fall von wahrscheinlichem *Lungentumor.* Ein Röntgenbild des Falles zeigt Verdrängung des Herzens nach rechts. Dämpfung auf der ganzen linken Lunge mit Ausnahme der Spitze, wo leises Vesiculärathmen wahrnehmbar ist. Temperaturen von 101—103. R. hält ein Chondrom oder Fibrosarcom der Lunge selbst für wahrscheinlich.

Norbert Stadtmüller, stellvertr. Secr.

Sitzung vom 28. Februar 1902.

Vorsitzender: Dr. George Jacoby.

Vorstellung von Patienten.

Dr. A. Jacobi: *Fall von Meningocele.* Auf dem Hinterkopf dieses Kindes befindet sich eine Geschwulst, die angeboren ist. Sie ist mässig hart und hat eine nicht ganz regelmässige Form. Die Geschwulst soll bei der Geburt halb so gross gewesen sein wie jetzt. Sie ist von Haaren bedeckt und sitzt in der Mittellinie. Handelt es sich nun um eine Dermoidcyste oder um eine abgeschnürte Meningocele? Dermoidcysten über der grossen Fontanelle sind sehr selten. Es ist wahrscheinlich, dass es sich in diesem Falle hier um eine Meningocele handelt, doch ist die Diagnose keineswegs sicher. Es ist ferner zu beachten, dass die Geschwulst sich nicht verkleinern lässt. Bei der Durchleuchtung ergiebt sich, dass sie durchscheinend ist. Der Sitz der Geschwulst entspricht der Stelle, an welcher Meningocele häufig vorkommen, und dieser Umstand liess mich zunächst an eine Meningocele denken.

Discussion. Dr. Heiman: Der Umstand, dass die Geschwulst nach jeder Richtung hin durchscheinend ist, dürfte wohl für Meningocele sprechen. — Dr. Geo. Jacoby: Ich möchte fragen, ob sich Dr. A. Jacobi vorstellt, dass die Geschwulst ganz abgeschnürt ist. — Dr. A. Jacobi: Ich glaube, dass die Geschwulst gerade im Abschnüren begriffen ist, und ich bin desshalb der Ansicht, dass man mit einer Operation warten sollte, bis die Abschnürung vollendet ist. — Dr. Geo. Jacoby: Ich hatte desshalb gefragt, weil ich der Meinung bin, dass wenn die Geschwulst noch nicht abgeschnürt ist, Pulsation vorhanden sein müsste, die durch Einführen einer langen Nadel noch deutlicher sichtbar gemacht werden könnte. Ferner bin ich der Ansicht, dass eine Punction in diesem Falle angezeigt und auch nicht nachtheilig wirken kann. — Dr. A. Jacobi: Meningocelen zeigen keine Pulsation in der Weise, wie die Encephalocelen und am allerwenigsten, wenn nur sehr geringe Verbindung mit den Arterien besteht. Ich glaube daher, dass ein Versuch mit der Nadel Nichts beweisen würde. Ich bin aber auch der Ansicht, dass eine Punction von Vortheil sein würde und beabsichtige daher, dieselbe vorzunehmen. — Dr. Mannheimer: Mir macht es den Eindruck, als ob die Geschwulst nicht von gleichmässiger Beschaffenheit wäre. — Dr. A. Jacobi: Ich hatte denselben Eindruck, ehe ich die Durchleuchtung vornahm. — Dr. Herzfeld: Eine Dermoidcyste könnte man doch auch durchleuchten. — Dr. A. Jacobi: Dann sind aber doch feste Massen vorhanden und eine solche Geschwulst lässt sich dann nicht in dem Maasse wie hier gleichmässig durchleuchten.

Vorzeigen von Präparaten.

Dr. A. Jacobi zeigt das Präparat einer Darmintussusception, sowie drei aus Cholestearin bestehende Gallensteine.

Fälle aus der Praxis.

1) Dr. Herzfeld: Ich möchte die Herren fragen, ob man bei der Behandlung des Ileus noch *Atropin* anwendet. — Dr. A. Jacobi: Ich habe über diesen Punkt keine Erfahrung. Was ich bei Intussusception sehr wirksam gefunden habe, sind langsam ausgeführte hohe Eingiessungen. Es sind vielleicht 7—8 Jahre her, dass in einer Sitzung der County Medical Society ein Herr Forester genau auseinandergesetzt hat, dass bei einer Intussusception die Eingiessungen von einer bedeutenden Höhe aus gemacht werden müssten, um Erfolge zu haben, und zwar hat er hierfür eine Höhe von 14 Fuss ausgerechnet. Da nun unsere Zimmer nicht so hoch sind, bestand er darauf, dass der Irrigator die Treppe hinaufgetragen werden solle, um von da aus einen gehörigen Druck auszuüben. Er kam auf diese Idee, weil er den Darm mit einer eisernen Röhre verwechselte. Richtig ist gerade das Gegentheil von dem, was er behauptete. Man muss einen geringen Druck anwenden. Ueber Atropin bei Ileus habe ich, wie gesagt, keine Erfahrung. Wenn man beabsichtigt, die peristaltischen Bewegungen herabzusetzen, wären Opiate mehr am Platze. Atropin regt die Peristaltik an, und ich kann mir daher nicht denken, was das Atropin bei Ileus nützen soll. — Dr. A. Ripperger: Wenn ich auch selbst keine directen Beobachtungen der Behandlung des Ileus mit Atropin gemacht habe, so habe ich doch seit einigen Jahren den Gegenstand ziemlich genau verfolgt. Es ist über denselben bereits eine ziemlich umfangreiche Literatur entstanden, und die einzelnen Berichte sind einander derart widersprechend, dass es unmöglich ist, ohne Weiteres daraus einen sicheren Schluss über die Brauchbarkeit oder Unbrauchbarkeit des Atropins bei Ileus zu ziehen. Während die einen Autoren in enthusiastischer Weise von gleichsam wunderbaren Erfolgen sprechen, sind andere wiederum sehr skeptisch oder sprechen direct von Misserfolgen und warnen vor der Verwendung des Atropins in dem genannten Sinne. So viel ist sicher, dass von Einzelnen bei Ileus Atropin in derart toxischen Dosen verabreicht wurde, dass die meisten von uns vor einer solchen Gabe zurückschrecken würden, und dennoch wollen die betr. Beobachter nicht nur keinen Schaden, sondern im Gegentheil eine directe günstige Beeinflussung des Ileus gesehen haben. Ein Theil der scheinbar eclatanten Erfolge kann ohne Zweifel auf eine fehlerhafte Diagnose zurückgeführt werden, insofern als es sich in solchen Fällen vielleicht gar nicht um Ileus gehandelt hatte. Zur Illustrirung dieser Behauptung möchte ich nur den folgenden Fall aus meiner Praxis kurz erwähnen. Ich wurde im

vorigen Jahre zu einem ca. 40jährigen Manne gerufen, der seit 8 Tagen an vollständiger Stuhlverhaltung, Schmerzen im Leibe und Brechneigung erkrankt war. Der Arzt, der ihn während dieser 8 Tage behandelt hatte, hatte die Diagnose auf Darmverschluss gestellt und dem Patienten bedeutet, dass er, falls bis zum nächsten Morgen kein Stuhlgang eingetreten sei, unbedingt operirt werden müsste. Als ich die Anamnese aufnahm, erfuhr ich, dass der Patient seines Berufes ein Anstreicher war, und fand dann auch einen ganz ausgesprochenen Bleisaum. Es wurde dadurch klar, dass es sich in diesem Falle um Bleikolik handelte. Ich machte Abends und am folgenden Morgen eine subcutane Injection von je 1-50 Gran Atropin, worauf sich Stuhl einstellte und die Schmerzen rasch nachliessen. Hätte ich ebenfalls die unrichtige Diagnose Ileus gestellt und nach dem Vorgange Anderer Atropin injicirt, wäre dadurch anscheinend ein weiterer Beweis für die vortreffliche Wirkung des Atropins bei Ileus gegeben worden. — Dr. A. Jacobi: Fälle ähnlich dem, den Dr. Ripperger angeführt hat, können recht häufig passiren. So habe ich vor einigen Wochen in der unteren Stadt ein 13jähriges Mädchen gesehen, das seit 10—12 Tagen anhaltendes Erbrechen hatte. Es hatte eine Anzahl von Clystieren bekommen und es war auch Stuhl abgegangen. Allein trotzdem erbrach das Kind Alles, was es zu sich nahm, und zwar entweder sofort oder doch nach kurzer Zeit. Es war ein Bild, das man ganz leicht für Ileus hätte ansprechen können. Allein die Geschichte wies auf eine alte Verstopfung hin, und ich dachte, dass es sich bei einer solchen Verstopfung auch um eine Erweiterung des Colons und Anhäufung der Faeces handeln können. Ich fühlte in der Tiefe eine Stelle, die den Eindruck einer Geschwulst machte, die ich aber mit Hinsicht auf die Anamnese für eine Kothmasse hielt. Ich liess systematisch Ricinusöl nehmen und mehrere Clystiere geben, und sobald das Ricinusöl zu wirken anfing, hörte das Erbrechen auf und es entleerten sich kolossale Kothmassen.

2) Dr. Mannheimer: Ich habe unter meinen Patienten einen 16jährigen Jungen, der mässig gut entwickelt, aber sehr klein ist. Die Eltern möchten gerne, dass ich etwas für das Wachsthum des Jungen thue. Ich habe angefangen, Thyreoidpräparate zu geben, allein bis jetzt ohne Erfolg. — Dr. A. Jacobi: Ich glaube, es sind dies Fälle, welche mit systematischer Anwendung der ausführungsganglosen Drüsen gut werden. Vielleicht wären ausser dem Thyeoidextract noch andere Drüsenextracte zu versuchen. — Dr. Geo. Jacoby: Ich habe einen ähnlichen Fall beobachtet, der unter dem Gebrauch von Schilddrüsenextract bedeutend an Wuchs zugenommen hat. — Dr. Herzfeld: Ich hatte vor mehreren Jahren einen 14jährigen Jungen in Behandlung, der einen ausgesprochenen mädchenhaften Typus zeigte. Hoden und Penis waren sehr klein. Ich gab ihm

Schilddrüsenextract und die Erscheinungen besserten sich ganz auffallend.

3) Dr. A. Ripperger: Folgender Fall einer *Morphiumvergiftung* bei einem kleinen Kinde dürfte vielleicht nicht ohne Interesse sein. Ich wurde vor einiger Zeit zu einem 7 Monate alten Kinde gerufen, das an Durchfällen litt. Ich verordnete dem Kinde Calomelpulver, zweistündlich zu nehmen. Morgens um 8 Uhr gab die Mutter das erste Pulver. Nachmittags um 5 Uhr kam sie in aller Verzweiflung in meine Wohnung gestürzt und theilte mir mit, dass sie um 10 Uhr Morgens ihrem Kinde aus Versehen statt des von mir verschriebenen Pulvers ein Morphiumpulver gegeben habe. Seitdem schlafe das Kind fortwährend und sei auf keine Weise aus dem Schlafe zu erwecken. Ich hatte ca. 4 Wochen zuvor der Mutter, die damals an einer eitrigen Mastitis litt, zur Schmerzlinderung Pulver zu je 0,015 Morphinum hydrochloricum verschrieben, von welchen sie damals nur zwei verbrauchte und den Rest bei Seite stellte. Unglücklicherweise wurden die Calomelpulver vom Apotheker in einer Schachtel dispensirt, welche der die Morphiumpulver enthaltenden vollkommen gleichsah. Die Mutter stellte in unbegreiflichem Leichtsinn die Schachtel mit den für das Kind bestimmten Pulvern neben die Schachtel mit Morphiumpulvern, und als die Zeit kam, dem Kinde das zweite Pulver zu geben, nahm sie ohne jede weitere Ueberlegung die erste Schachtel, die ihr in die Hand kam, und entnahm daraus ein Pulver, das sie dem Kinde eingab. Ungefähr eine Stunde später erbrach das Kind und fiel alsbald in tiefen Schlaf. Als das Kind um 2 Uhr Nachmittags immer noch schlief und auch nicht aufzuwecken war, begab sich die Mutter in die Apotheke und frug daselbst, ob die ihrem Kinde verabreichten Pulver ein Schlafmittel enthielten. Als ihr dies positiv verneint wurde, ging sie beruhigt wieder heim; das Kind schlief weiter. Gegen 5 Uhr kam eine Nachbarin; diese sah das Kind und meinte, dasselbe sähe aus, als ob es Morphium bekommen hätte. Sowie die Mutter das Wort Morphium hörte, kam ihr auf einmal die Verwechselung zum Bewusstsein und sie stürzte, wie schon erwähnt, nach meiner Wohnung. Ich begab mich sofort in die ganz in der Nähe befindliche Wohnung der Frau und fand das Kind in einem stark comatösen Zustande. Puls und Respiration waren sehr verlangsamt, aber regelmässig, Pupillen ad maximum verengt. Keine Convulsionen. An eine Magenausspülung war bei der Zeit, die seit dem Einnehmen des Pulvers verflossen war, nicht zu denken. Ich verabreichte dem Kinde ein Essigclystier, liess es kalt übergiessen und mit nassen Tüchern peitschen und injicirte subcutan 0,0003 Atropinum sulfuricum. Im Verlaufe einer halben Stunde erweiterten sich die Pupillen und das Kind kam so weit aus seinem comatösen Zustand heraus, dass es auf starkes Anrufen hin für einen Moment die Augen öffnete. Die-

ser Zustand hielt bis 10 Uhr Abends an, zu welcher Zeit ich eine zweite Dosis Atropin injicirte. Ich liess ausserdem das Kind die ganze Nacht über im Zimmer umhertragen, frottiren und des öftern laut anrufen. Am nächsten Morgen waren alle gefahrdrohenden Erscheinungen verschwunden, wenn auch eine gewisse Schläferigkeit bis zum nächsten Tage anhielt. An Stelle der ursprünglich vorhandenen Diarrhoe war nunmehr hartnäckige Verstopfung getreten. Der Fall ist insofern von Interesse, als er zeigt, welch verhältnissmässig grosse Dosen Morphium selbst ein Säugling überstehen kann. Allerdings hatte das Kind im Anschluss an die Morphiumaufnahme erbrochen, allein erst ca. eine Stunde später, also zu einer Zeit, in welcher schon der Hauptttheil des Morphiums, wenn nicht das Gesammtquantum zur Resorption gekommen sein musste. Ferner ist zu berücksichtigen, dass erst 7 Stunden nach stattgehabter Vergiftung therapeutische Maassnahmen dagegen getroffen wurden.

Discussion. Dr. Boldt: Wir wissen Alle, dass gegen die Morphiumpräparate besondere Idiosyncrasien bestehen. Ich selbst kann mich auf einen Fall besinnen, in welchem eine Hochschwangere sehr heftige Wehen hatte und die üblichen Medicamente, wie Chloralhydrat etc. vollständig wirkungslos waren. Ich injicirte der Frau 0,02 Morphin subcutan. Fünf Minuten nach der Einspritzung fingen die Kindesbewegungen an schwächer zu werden und sistirten nach Ablauf einer Stunde vollständig. Das Kind starb in utero ab. Ich möchte daher empfehlen, mit dem Gebrauch von Morphium bei Gebärenden vorsichtig zu sein. Meiner Erfahrung nach ist Atropin kein Gegengift bei Morphiumvergiftung. — Dr. A. Ripperger: Mit seiner letzten Bemerkung setzt sich Dr. Boldt in directen Widerspruch mit der Anschauung einer Reihe der namhaftesten Toxicologen. Es ist gar kein Zweifel, dass Atropin und Morphin in gewissem Sinne Antagonisten sind, nur darf man sich nicht vorstellen, dass das Atropin die Giftwirkung des Morphins einfach neutralisirt; die Sache dürfte sich vielmehr in der Weise verhalten, dass Atropin und Morphin bestimmte Organe und vor Allem das Respirationscentrum in entgegengesetzter Richtung beeinflussen. Dafür spricht eine ganze Reihe von Beobachtungen und Erfahrungen, dafür spricht auch der soeben von mir mitgetheilte Fall, der ganz sicher durch die, nebenbei bemerkt für ein 7 Monate altes Kind ziemlich kräftigen, Atropininjectionen günstig beeinflusst wurde. Dass man von dem Atropin eine günstige Beeinflussung unangenehmer Morphiumsymptome erwartet, geht u. a. auch daraus hervor, dass man hier zu Lande mit dem Morphium zugleich Atropin bei der subcutanen Injection combinirt. — Dr. Bauer: Meines Wissens hat die Combination von Atropin mit Morphin den Zweck, die üble Nachwirkungen der Morphininjection, das Erbrechen etc. zu verhüten. — Dr. A. Jacobi: Ein eigentliches

Gegengift ist das Atropin nicht. Man kann nicht soviel Atropin hinterher einspritzen, um das Morphium unwirksam zu machen. Ich glaube auch, dass mit der gleichzeitigen Injection von Morphin und Atropin das Erbrechen einigermaassen verhütet wird. Man hat auch Coffein als Gegengift bei Morphiumvergiftung angesehen. Ich möchte diejenigen Herren, die viele Morphiumvergiftungen gesehen haben, fragen, ob sie keine Erfahrungen über die Behandlung derselben mit übermangansaurem Kali haben. (Die Frage wird verneint.)

4) Dr. Schumann-Leclerq (Carlsbad): Ich möchte Ihnen über einen Patienten berichten, der wegen seiner *Gallensteine* seit vielen Jahren Carlsbad aufsuchte, wohl etwas durch den Aufenthalt daselbst gebessert wurde, aber niemals seine Schmerzen gänzlich verlor. Eines Tages sass er auf dem Nachtgeschirr und hatte einen Stuhl. Da hörte er etwas klirren und beim Nachsehen fand sich ein sehr grosser Gallenstein im Topfe. Bei dem Patienten war jedenfalls im Laufe der Jahre eine Communication zwischen Gallenblase und Dünndarm entstanden und auf diesem Wege kam der grosse Gallenstein per vias naturales zum Vorschein. Patient ist seitdem gesund geblieben.

5) Dr. A. Ripperger: Nachdem wir uns doch heute Abend mehr wie sonst mit Pharmacologie resp. Toxicologie beschäftigt haben, möchte ich noch die Frage aufstellen, wie es kommt, dass hier *Strychnin* als Herzstimulans par excellence gilt, während ein derartiger Gebrauch des Strychnins in Deutschland so gut wie unbekannt ist. In Fällen, in denen man in Deutschland Campher oder Aether geben würde, wird hier Strychnin verabreicht. — Dr. A. Jacobi: Es ist richtig, dass man in Deutschland absolut nichts von einer derartigen Anwendung des Strychnins weiss. Ich habe die deutschen Arzneibücher durchgesehen und nur sehr wenig darüber gefunden. Allein Sie werden finden, dass in einem oder zwei Jahren man auch in Deutschland anfangen wird, das Strychnin als Herzstimulans zu gebrauchen. Auch in England geschieht dies bis jetzt noch sehr wenig. Strychnin ist ganz sicherlich bei einfacher Muskelschwäche des Herzens ein sehr werthvolles Mittel, und zwar bei Muskelschwäche allein und so lange der Herzmuskel noch nicht degenerirt ist, so z. B. bei Muskelschwäche des Herzens infolge von Anaemie, allgemeiner Erschöpfung etc. Strychnin wirkt auch sehr gut bei Ohnmachtsanfällen. Andererseits muss man sich mit dem Gebrauch des Strychnins sehr in Acht nehmen, wenn es sich um ein entartetes Herz handelt. Bei Fällen von Herzverfettung, bei welchen man Ursache hat, anzunehmen, dass die Verfettung eine allgemeine ist, wirkt das Strychnin ganz gut. Bei Fällen von chronischer Myocarditis dagegen und bei atheromatöser Entartung des Herzens, wo man annehmen kann, dass es sich um eine stellenweise Entartung des Herzens handelt, wirkt Strychnin

nicht günstig, denn in solchen Fällen kann es vorkommen, dass das Herz überreizt wird. Jedenfalls wird auch hier in Amerika der Gebrauch des Strychnins übertrieben. In Bezug auf Herztonica möchte ich noch Folgendes bemerken: Wir reden von Herzreizmittel und vergessen immer, dass das Herz kein einfacher Körper ist. Daher kommen wir in vielen Fällen besser zum Ziel, wenn wir verschiedene Herzmittel combiniren. So thut bei Schwächezuständen des Herzens, die mit Klappenfehlern verbunden sind, Strychnin mit Digitalis gute Dienste, in anderen Fällen wiederum Strychnin mit Campher, oder Strychnin, Campher und Coffein etc. — Dr. A. Ripperger: Hinsichtlich des Digitalisgebrauches möchte ich bemerken, dass Digitalis viel zu kritiklos und meist auch in unrichtigen Dosen angewandt wird. Kleinere Digitalisdosen setzen die Pulsfrequenz herab und erhöhen zugleich den Blutdruck, der Puls wird also langsamer und voller. Grössere Dosen dagegen führen Pulsbeschleunigung herbei, noch grössere Dosen bewirken schnellen, kleinen und unregelmässigen Puls, führen daher oft gerade das herbei, was man durch Digitalis zu beseitigen beabsichtigt. Vielfach wird auch ausser Acht gelassen, dass Digitalis cumulative Wirkung besitzt. Die beste Verordnung der Digitalis ist die als Infus oder als Pulver. Auf einen Uebelstand bei der Digitalisverordnung hier in New York will ich noch aufmerksam machen, nämlich darauf, dass es vorkommen kann, dass der eine oder andere Apotheker minderwerthige Digitalisblätter zur Herstellung des Infusums benützt, oder überhaupt kein Infusum verabreicht, sondern an dessen Stelle das entsprechende Fluidextract dem Wasser beimischt. Die erhoffte Digitaliswirkung bleibt natürlich mehr oder minder aus. Ich habe in dieser Beziehung hier in New York schon sehr schlechte Erfahrungen gemacht. — Dr. Herzfeld: Ich war eine Zeit lang in Apotheken thätig und kann sagen, dass es unter diesen Umständen sich empfiehlt, als einzig zuverlässiges Digitalispräparat das Fluidextract zu verordnen. — Dr. A. Jacobi: Was Digitalin betrifft, so habe ich dasselbe seit beinahe 50 Jahren sehr viel gegeben. Das erste Präparat, mit welchem ich arbeitete, waren Kügelchen, die aus Paris kamen. Mit einer Dosis von 1/60 Gran erreichte ich nur sehr wenig, ich ging dann in die Höhe bis zu 1/12 und 1/6 Gran und noch mehr, um es später ganz aufzugeben. Ich habe seit 10 Jahren kein Digitalin mehr verschrieben. Ziemlich gut wirkt das Squibb'sche Fluidextract.

A. Ripperger, Secr.

Therapeutische und klinische Notizen.

— Ueber *subcutane Injectionen von Yohimbin (Spiegel)* berichtet A. Eulenburg in der Deutschen Medicinischen Wochenschrift (1902 No. 22). Eulenburg hat seit beinahe zwei Jahren das Yohimbin (Spiegel) besonders in zahlreichen Fällen neurasthenischer Impotenz angewendet und ist von den erzielten Erfolgen im allgemeinen durchaus befriedigt. Ohne auf Einzelheiten eingehen zu wollen, möchte er nur erwähnen, dass er in schweren Fällen, in denen die Wirkung auch nach längerem inneren Fortgebrauch des Mittels versagte, neuerdings zur subcutanen Injection des Mittels übergegangen ist und damit wenigstens in allen nachhaltig behandelten Fällen neurasthenischer Impotenz (im Ganzen bisher 12) positive Erfolge gesehen hat. Er benützt zur subcutanen Injection eine zweiprocentige, also durch Auflösen in 50 Theilen sterilisirten Wassers hergestellte Lösung des Chlorhydrates. Die Lösung muss in dunkler Flasche verordnet werden, da sie sich am Lichte — wenn auch langsam — zersetzt und eine gelbliche Färbung annimmt. Die Conservirung kann übrigens durch Zusatz eines Tropfens Chloroform befördert werden. Besser verschreibt man nur kleine, etwa für 10—20 Injectionen ausreichende Quantitäten. Die Verordnung lautet also:

Rp. Yohimbini Spiegel 0,2
solve in
Aq. dest. sterilisat. 10,0
D. ad. vitr. fusc.
S. zweiprocentige Yohimbinlösung zur subcutanen Injection (0.5—1.0 pro dosi).

E. beginnt mit der Injection einer halben Grammspritze (= 0,01 Yohimbin) dieser Lösung, gewöhnlich an der Innenfläche der Oberschenkel, und steigt bei ausbleibender oder ungenügender Wirkung rasch bis zu 1,0 — worüber hinauszugehen er bisher keine Veranlassung hatte. Die Injectionen werden anfangs täglich — nach eingetretener Wirkung nur alle zwei oder drei Tage oder in noch grösseren Zwischenräumen wiederholt und nach etwa 20maliger Vornahme für längere Zeit ausgesetzt. Irgend welche üblen Nebenerscheinungen hat er dabei niemals auftreten sehen; ganz vereinzelt (in bisher drei Fällen) ein flüchtiges Frostgefühl oder Schweissausbruch und etwas Schwächegefühl bald nach den ersten Einspritzungen, später nicht mehr. Nur in einem Falle stellten sich Frostgefühl und Schweiss sowie ein eigenartiger („öliger") Geschmack im Munde auch nach jeder späteren Injection ein. Die erectionserregende Wirkung bekundet sich übrigens ziemlich langsam, in der Regel erst am Morgen nach den in einer Nachmittags- oder Abendstunde gemachten Injectionen.

Nach den bisherigen Erfahrungen möchte E. annehmen, dass durch das Yohimbin (Spiegel) — wenn es auch selbstverständlich nicht als ein Specificum gegen Impotenz zu betrachten ist — doch wenigstens bei der neurasthenischen Impotenzform jede andere Form medicamentöser Therapie überflüssig gemacht wird und dass die subcutane Anwendung dieses

Mittels vor der internen den Vorzug grösserer Sicherheit und Verlässlichkeit der Wirkung entschieden voraus hat.

— *Heilung von Magengeschwür mit Xeroform.* Dieminger theilt folgenden interessanten Fall mit: Eine 24jahrige Frau erkrankte am 26. December 1900 an Blutbrechen infolge von Magengeschwür. Am 25. Juli 1901 neuerdings Erbrechen von Blut und Speiseresten. Am 8. und 9. September abermals Erbrechen von Blut in grösseren Mengen als in den beiden vorhergehenden Fällen. In der Zeit vom ersten Erbrechen ab hatte stets hohe Druckempfindlichkeit der Magengegend, besonders der zwischen Processus xiphoideus und dem Nabel gelegenen Theile bestanden, ausserdem deutliche Zeichen von Hyperacidität. Die am 8. und 9. September aufgetretenen Blutungen kamen durch Ergotinzäpfchen und Eisblase zum Stehen. Vom 15. September ab wurde weder Blut erbrochen, noch fand sich solches im Stuhlgange vor.

Am 21. September bestand noch eine hohe Druckempfindlichkeit des oberen Theiles des Magens, insbesondere war die zwischen Processus xiphoideus und dem Nabel gelegene Partie selbst bei leisester Berührung äusserst schmerzhaft; ebendaselbst ein wulstartiger, kleiner Tumor fühlbar.

Die überaus rasche Heilung, welche D. seit langer Zeit bei Verletzungen und Verwundungen an der ausseren Haut, selbst bei erheblichem Substanzverluste, mit Xeroform erzielt hatte, veranlasste ihn, in oben geschildertem Krankheitsfalle Xeroform innerlich zu geben, um so mehr, als die von Prof. Fasano veröffentlichten Berichte über Anwendung von Xeroform bei Darmgeschwüren nicht nur günstige Erfolge bekundeten, sondern auch gleichzeitig die Ungiftigkeit des Mittels bei innerer Darreichung dargethan hatten.

Besonders günstig für den beabsichtigten Zweck erschien ihm auch der Umstand, dass Xeroform sich sehr rasch und innig allen Rauhigkeiten und Wundflächen anzulegen pflegt (wie ein Probeversuch auf der Hand jeder Zeit leicht beweisen wird), welche Eigenschaft zur Heilung eines Magengeschwürs gewiss von Vortheil sein wird, um so mehr, wenn die Berührung zwischen dem Xeroform und dem Geschwüre eine möglichst lang andauernde bleibt durch Ruhestellung des Magens.

Demgemäss bestand die Therapie in oben geschildertem Krankheitsfalle vom 21. September ab in Folgendem: Xeroform 4mal täglich 0,5 in Oblaten, Eisblase auf die Magengegend, Vormittags ein Nährclysma, per os 2 bis 3 Tassen kalte Milch täglich. (Abends eine Morphium-Injection, um für entsprechende Nachtruhe zu sorgen.)

Am 27. September konnte die Patientin bereits auf einige Stunden während des Tages das Bett verlassen. Keinerlei weitere Beschwerden. Bouillon und Kalbsbries werden gut vertragen. Im weiteren Verlaufe wurden noch 8 Tage lang Früh und Abends je 0,5 g Xeroform, daneben zur Ernährung Vormittags ein Nährclysma, im Uebrigen die bei Magenkrankheiten übliche Kost verabreicht. Während des Einnehmens von Xeroform war weder eine Unpässlichkeit, noch Brechreiz eingetreten. Noch 10 Monate später war kein Rückfall eingetreten. Die nunmehrige

absolute Druckunempfindlichkeit der vormals stark schmerzhaften Theile des Magens, das Fehlen jeder weiteren dyspeptischen Beschwerden, das günstige Allgemeinbefinden, verbunden mit der Zunahme des Körpergewichtes, dürften wohl als Zeichen der Heilung betrachtet werden.

Seit diesem ersten Versuche wurden in zwei weiteren Fällen von sicher diagnosticirbaren Magengeschwüren ebenso zufriedenstellende Resultate erzielt, so dass sich bei den sonst häufig sich darbietenden Schwierigkeiten der ausserklinischen Behandlung von Magengeschwüren weitere Versuche mit Xeroform-Behandlung empfehlen dürften. (Allg. Med. Central-Zeitung, 1902, No. 61.)

— Franke theilt über *Collargol- und Ichthyolsalbe* Folgendes mit: Ein Nachtwächter erhält von einem Betrunkenen mit seiner eigenen Hellebarde einen Schlag auf den Schädel, der den Spiess zertrümmert und eine 4 cm lange Hautwunde verursacht, in deren Grunde die Knochenhaut verletzt ist, so dass der Knochen freiliegt. Bei gutem Aussehen der Hautwunde entwickelt sich eine erysipeloide Entzündung der Knochenhaut, die bald auf die Haut übergreift. Das Hauterysipel verläuft unter Ichthyolsalbenverbänden in 5 Tagen, worauf Patient 1½ Tage fieberfrei ist. Die Knochenhautentzündung entwickelt sich weiter über den ganzen Schädel bis auf den Oberkiefer, sie verursacht schmerzhafte, geröthete Schwellungen, aber an keiner Stelle kam es zur Abscessbildung; Patient hatte täglich gehäufte Schüttelfröste und Temperaturen bis 40,8 Grad. Eine 15procentige Collargolsalbe wurde dick aufgetragen und mit feuchtem Verbande fest bedeckt. Nach 24 Stunden zeigte sich die Wirkung in völligem Verschwinden von Röthung, Schwellung und Schmerz. So gelang es schrittweise, die Entzündung niederzukämpfen; Patient blieb nach ungefähr zehntägiger Behandlung fieberfrei. Auch die harten, stark geschwollenen Lymphdrüsen verkleinerten sich bald.

Die Ichthyolsalbe wird von F. seit Jahren bei Lungenentzündungen verwendet. Namentlich bei schwächlichen Kindern, die sehr unruhig sind, keinen Schlaf finden, sehr trockenen, schmerzhaften Husten haben, so dass sie jede Nahrung ablehnen, wirkt ein Ichthyolsalbenverband sehr günstig. Die Salbe (10procentig) wird kleinfingerdick auf Leinwand gestrichen und auf den Rücken applicirt (in zwei Handbreiten). Die bestrichene Leinwand wird vorn auf der Brust gut geschlossen, damit der Verband nicht rutscht. Ueber den Salbenverband werden 2—3mal täglich feuchte Packungen gemacht, die 1—1½ Stunden liegen. Nach 24 Stunden wird die Salbe erneuert. Nach zweitägiger Behandlung ist die Wirkung deutlich. Die Unruhe ist vorüber, die Temperatur erheblich gesunken, oft tritt völlige Fieberfreiheit ein. Der Husten klingt feucht und ist nicht mehr schmerzhaft. Die Kinder nehmen wieder Nahrung zu sich. Der ganze Krankheitsprocess ist gemildert, oft abgekürzt; zuweilen erfolgt nach mehrtägigem fieberfreiem Zustande im Bilde einer echten Perturbatio critica die Krisis. Bei Erwachsenen hat F. den Verband oft mit gleichem Erfolge angewendet. Die Salbe muss mit Sebum festgemacht sein. (Therapie der Gegenwart, August 1902.)

— Ueber einen Fall von *Endocarditis septica geheilt durch intravenöse Silberinjection* berichtet C. L. Klotz in Dresden. Eine 27jährige, zarte, nervöse Frau, Mutter zweier gesunder Kinder, war vom 5. bis zum 10. Februar, und zwar im Anschluss an ein 14tägiges Drüsenfieber des jüngsten Kindes, an Angina tonsillaris mit 40° T. erkrankt. Am 20. Februar stellten sich intermittirende reissende Gliederschmerzen ein, die die Patientin veranlassten, am 4. März das Bett aufzusuchen. Die Kranke sieht sofort sehr schlecht aus und zeigt Temperaturen von 38,3 bis 40 Grad. Am 7. März wird sie bewegungsunfähig wegen heftiger Schmerzen im ganzen Körper, hat einen unregelmässigen Puls, der zuweilen die Höhe von 170 Schlägen erreicht. Am 8. März treten heftige Herzschmerzen auf, die Kranke wird theilnahmlos, unruhig und hat sehr schlechte Nächte; Nahrungsaufnahme wird vollkommen verweigert.

Am 12. März übernimmt K. die Behandlung der Kranken. Beim Betreten des Krankenzimmers fällt ihm sofort der septische Foetor auf, er sieht eine elende, abgemagerte, theilnahmslose Kranke. Die Klagen bestehen in Gliederschmerzn, hauptsächlich in der linken Schulter, Herzschmerzen, Unruhe und Schlaflosigkeit. Temperatur 39 Grad, Puls unzählbar, Dyspnoe. Die Kranke liegt steif im Bette und klagt über heftigste Schmerzen bei Bewegungsversuchen. Der linke Thorax pulsirt im ganzen und an einzelnen Stellen, lebhaftes Zappeln einzelner Intercostalräume ist sichtbar. Die Herzdämpfung ist nach links vergrössert, systolisches Herzgeräusch, Herzpuls 160. Milz ist wegen heftiger Schmerzen nicht zu untersuchen.

Die schweren Allgemeinerscheinungen, der dutliche Foetor, die Temperaturen sichern sofort die Diagnose Sepsis. Das vergrösserte Herz mit dem systolischen Geräusch, der unzählbare Puls, der hebende zappelnde Ictus cordis localisiren die Erkrankung sehr deutlich und lassen keinen Zweifel an der Diagnose Endocarditis septica.

Ausgegangen ist die Erkrankung von einer Angina. Die Zeitdifferenz vom 5. Februar bis 12. März spricht nicht dagegen. Lenhartz, der ausgedehnte Erfahrungen über Endocarditis septica hat, notirt zweimal dieselbe Entstehungsursache und beschuldigt ebenfalls die vier Wochen vorausgegangene Angina.

Lenhartz berichtet über 38 Fälle, von denen nur vier am Leben blieben, und zwar nach monatelanger Dauer der Behandlung. Er sagt noch im Juli vorigen Jahres: „Die Kranken sind fast durchweg verloren.“ So blieb K. nichts anderes übrig, als im vorliegenden Falle die Prognose absolut infaust zu stellen.

Eine Therapie kann Lenhartz nicht empfehlen, er spricht naturgemäss nur von der Ohnmacht der ärztlichen Kunst. Zum Glück hatte K. eine Veröffentlichung von Wenckebach in Groningen gelesen, der im Februar a. c. über zwei Fälle berichtet, die mit Collargolinjectionen günstig beeinflusst wurden. Er verlor deshalb bei der Schwere des Falles keine Zeit mit Einreibungen von Silbersalbe, deren günstige Einwirkung er bei Sepsis vielfach constatiren konnte, sondern bat den Credé'schen Assistenten, Dr. Schmidt, die intravenösen Injectionen zu übernehmen.

Nach einer elenden Nacht, die durch eine Morphininjection nur für

zwei Stunden etwas Ruhe brachte, wurde am 13. März früh 11 Uhr bei einer Temperatur von 39,2 Grad und unzählbarem Puls eine Injection von 9 Centigramm, und zwar in 1procentiger Lösung, in eine Armvene gemacht. Eine Stunde später Schüttelfrost und Anstieg der Temperatur bis 39,6 Grad. Nach zwei Stunden bereits wird die Kranke ruhiger, Temperatur fällt stetig, ebenso wird der Puls zählbar. Abends ist die Temperatur bis 38,2 Grad, Puls bis auf 112 gesunken. Das Minimum von 38,0 Grad ist Mitternacht erreicht und hält bis früh 6 Uhr an, Schmerzen waren wesentlich geringer, erquickender Schlaf während der ganzen Nacht.

Am 14. März Mittags steigt die Temperatur wieder auf 39 Grad, Puls auf 140, Unruhe und Schmerzen nehmen zu, Abends ist auch wieder der septische Foetor da. Deshalb Abends 9 Uhr eine zweite Injection von 8 Centigramm bei Temperatur 39,5 Grad und Puls 140. Nach einer Stunde Schüttelfrost, Anstieg der Temperatur bis 40,2 Grad, Puls bleibt regelmässig, zählbar. Dann derselbe grossartige Erfolg wie nach der ersten Injection, es tritt vollkommene Ruhe ein, Schmerzen lassen nach, die Kranke schläft fünf Stunden. Temperatur am Morgen 37,5 Grad, Puls 84. Ein der Kranken befreundeter Arzt, der sie am 12. in dem jammervollen Zustande gesehen hatte, constatirt das subjective Wohlbefinden und erhält auf Anfrage von der Kranken die Antwort: „Mir geht es ganz gut, ich habe keine Schmerzen mehr."

Am 15. März steigt die Temperatur Abends bis 39 Grad, Puls nur bis 112. Schmerzen und Unruhe werden am 16. März wieder grösser, das subjective Befinden ist so schlecht wie früher, trotzdem die Temperatur auf 37,9 Grad und der Puls auf 98 zurückgeht. Deshalb wird früh 10 Uhr die dritte Injection von 7 Centigramm gemacht, Schüttelfrost bleibt aus. Temperatur steigt nach einer Stunde auf 38,6 Grad, Puls auf 110. Dieselbe wunderbare Einwirkung, subjectives Wohlbefinden, Schmerzempfindungen sehr gering. Abends Temperatur 37,6 Grad, Puls 86.

Am 17. März subjectives Wohlbefinden, Temperatur 37,9 Grad, Puls 84, am 18. März Temperatur 37,7 Grad, am 19. März 37,2 Grad bei 76 Puls. Nahrung wird nicht mehr verweigert, Schmerzen schwinden, Herzdämpfung wird normal, das systolische Herzgeräusch ist am 20. März nicht mehr vorhanden. Im übrigen stetige Reconvalescenz, Schmerzen sind am 25. März vollkommen verschwunden, das Bett wird am 29. März verlassen. Das absolute Wohlbefinden ist seitdem nicht mehr gestört worden.

„Wenn ich an meine düstere Prognose zurückdenke, wenn ich den prognostischen Ausspruch des Dr. Schmidt, der die Kranke dreimal mit den Worten verliess: „Prognose absolut infaust", mir in das Gedächtniss zurückrufe, so habe ich ein Recht zu sagen: die Silberinjection hat die Krankheit geheilt. Ohne dieselbe war eine Heilung, wenigstens binnen acht Tagen, nicht möglich."

Ob bei diesem Heilungsprocess das Silber das einzig wirksame Princip ist, ob es bactericid, katalytisch oder fermentativ wirkt, — diese Fragen werden bald von berufener Seite entschieden werden können. Für K. den practischen Arzt, steht die Thatsache fest, dass durch die intravenöse Injection eine plötzliche Entgiftung des Blutes und eine ebenso plötzliche

Abheilung des seit Wochen bestehenden deletären Processes im Endocard herbeigeführt wurde.

Alle Autoren, und die Zahl derselben hat sich in letzter Zeit sehr vergrössert, stimmen darin überein, dass die Silbertherapie eine ungefährliche ist. Abgesehen von dem eine Stunde nach der Injection aufgetretenen Schüttelfrost und dem Temperaturanstieg um ½ Procent is nicht ein einziges beunruhigendes Symptom aufgetreten. Credé behauptet übrigens, dass beides nur durch Sedimente der Lösung hervorgerufen wird; letztere werden geringer, wenn die ohne Zusatz von Eiweiss bereitete Lösung vor dem Gebrauche ruhig gestanden hat

Die referirte Krankengeschichte spricht mit deutlicher, beredter Sprache: Die intravenöse Silberinjection beeinflusst das subjective Befinden des Septischen in einer geradezu wunderbaren Weise. Sie entgiftet das Blut bei Sepsis. (Deutsche med. Wochenschr., 1902, No. 29.)

— *Sublamin.* Die günstigen Berichte über das Sublamin, über welches wir schon früher (Januarnummer ds. Jhrs.) Genaueres mitgetheilt haben, mehren sich beständig. Sämmtliche Untersucher sind darin einig, dass das Sublamin ein ganz ausgezeichnetes Ersatzmittel für das Sublimat ist; es besitzt alle Vorzüge des letzteren ohne dessen Nachtheile. Das Sublamin steht dem Sublimat an Desinfectionskraft nicht nach, hat vor ihm den Vorzug voraus, dass es auch in den höchsten Concentrationen die Haut nicht reizt, hat eine grössere Tiefenwirkung als das Sublimat und löst sich selbst in hohen Concentrationen momentan in Wasser. Letzterer Umstand allein dürfte dem Sublamin bei dem Practiker den Vorzug als Händedesinfectionsmittel gegenüber dem Sublimat verschaffen, dessen Schwerlöslichkeit in Wasser besonders unangenehm empfunden wurde. Bezüglich der Stärke der zu einer ausgiebigen und zuverlässigen Händedesinfection nöthigen Sublaminlösung war anfangs eine solche von 3:1000 angegeben und empfohlen worden. Durch spätere Untersuchungen hat sich inzwischen herausgestellt, dass eine Concentration von 1:1000 vollkommen ausreichend ist. Man braucht also nur eine der von Schering & Glatz in den Handel gebrachten Sublaminpastillen in einem Liter Wasser aufzulösen, um eine 1 promillige Sublaminlösung sofort zur Verfügung zu haben. Schliesslich soll hier nochmals wiederholt werden, dass das Sublamin eine Verbindung von Quecksilbersulfat mit Aethylendiamin ist. Wir können das Sublamin aus eigner Erfahrung bestens empfehlen.

— Ueber *Das Vioform, ein neues Jodoformersatzpräparat* berichtet Krecke in München. Das Vioform, seinem chemischen Character nach als Jodchloroxychinolin zu bezeichnen, ist von neutralem Character, da die saure Natur der Hydroxylgruppe durch die basische des Chinolins sozusagen aufgehoben wird, von gelblicher Farbe und vollkommen geruchlos. Die bacteriologische Prüfung des Vioforms ergab in Bezug auf die Entwicklungshemmung der Bacterien eine Ueberlegenheit über das Jodoform. Toxicologische Untersuchungen liessen erkennen, dass das Vioform (in Dosen bis 0,5 g) ohne Weiteres subcutan vertragen wird, bei höheren Gaben entstanden Geschwülste mit steril-eitrigem Inhalt; intra-

peritoneal applicirt ist die tödtliche Dosis etwa der des Jodoforms gleich. Klinisch verwandte Verf. fast ausschliesslich die Vioformgaze und glaubt damit eine Möglichkeit an die Hand gegeben zu haben, das Jodoform vollständig entbehren zu können, denn es sorgt für eine gute Trockenlegung der Wunde, es verhindert die Infection in Fällen, wo nach Lage der Wunde eine solche leicht möglich wäre, und wirkt entschieden heilungsbefördernd nach der Operation tuberculöser Erkrankungen. Bei den zahlreichen Anwendungen wurden nie unangenehme Nebenerscheinungen beobachtet. (Münchener med. Wochenschr., 1901 No. 13 u. Centralbl. für med. Wissensch., 1902 No. 13.)

Kleine Mittheilungen.

— *Die 74. Versammlung Deutscher Naturforscher und Aerzte* findet vom 21. mit 27. September ds. Jhrs. in Karlsbad statt. Die allgemeinen Versammlungen, sowie die Gesammtsitzung der beiden Hauptgruppen finden im grossen Saale des Schützenhauses statt. Von den gemeinschaftlichen Hauptgruppen-Sitzungen findet die medicinische ebenfalls in diesem Saale, die naturwissenschaftliche im grossen Saale des Curhauses statt. Mit der Versammlung ist eine Ausstellung verbunden, welche für naturwissenschaftliche und medicinische Zwecke dienende Apparate und Gegenstände enthalten wird. Diese Ausstellung, deren Besuch unentgeltlich ist, wird im Kaiserbad abgehalten. Der Stadtrath Karlsbads hat die erforderlichen Mittel bewilligt, um allen Theilnehmern an der 74. Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte eine bleibende Erinnerung in Form einer Festschrift überreichen zu können. Der Festschrift-Ausschuss hofft, der Inhalt derselben werde die Leser überzeugen, dass Karlsbad in den letzten Decennien alles aufgeboten hat, um den Anforderungen, die an einen Weltcurort gestellt werden können, gerecht zu werden. Auch eine Festschrift der übrigen deutschböhmischen Heilquellen-Curorte wird sämmtlichen Theilnehmern der Versammlung eingehändigt werden.

In Karlsbad findet ferner am 24. September ds. Jhrs. die *VII. Jahresversammlung des Vereins abstinenter Aerzte des Deutschen Sprachgebietes* statt. Es werden folgende Vorträge gehalten werden: Kassowitz-Wien: Nahrung und Gift. Frick-Ossingen-Zürich: Behandlung fieberhafter Krankheiten ohne Alcohol. Wulffert-Berlin: Die eigene Abstinenz und der fremde Alcoholgenuss als Unterstützungsmittel im Daseinskampfe der Individuen und der Völker. Zur Theilnahme an der Versammlung sind alle eingeladen, die sich für die Alcoholfrage interessiren.

— *Die 26. Jahresversammlung der American Dermatological Association* findet am 18., 19. und 20. September ds. Jhrs. in Boston statt. Mit der Versammlung ist eine Ausstellung von Photographien, microscopischer und anderer Präparate verbunden.

— Das *Comité für den XIV. internationalen medicinischen Congress in Madrid* theilt mit, dass verschiedene Eisenbahngesellschaften den Congresstheilnehmern Fahrpreisermässigung (meist 50 Procent) bewilligt haben. Die Gesellschaft „Voyages pratiques" 9 rue de Rome in Paris (Agenturen und Correspondenten in Bordeaux, Bruxelles, London, Marseille, Mailand, Neapel, New York, Strassburg, Zürich etc.) ertheilt in dieser Beziehung unentgeltlich Auskunft. Das vorläufige Congress-Programm kann entweder durch das General-Secretariat in Madrid oder durch die verschiedenen National-Comités bezogen werden. (Secretär des amerikanischen National-Comités ist Dr. John H. Huddleston, 126 West 85. Strasse, New York.)

— Die Verwaltung des *Bades Kreuznach* hat ein prächtig illustrirtes Büchlein, betitelt „Bad Kreuznach in Wort und Bild", herausgegeben, auf welches wir unsere Leser aufmerksam machen. Ferner wird es dieselben freuen, zu hören, dass sich nunmehr hier in New York eine Agentur befindet, die den Vertrieb der Kreuznacher Producte, besonders der weltbekannten Kreuznacher Mutterlauge, für Nord-Amerika besorgt. Diese Agentur ist in Händen von Herrn F. Korndörfer, 666 Lexington Avenue, der über Alles, was Bad Kreuznach betrifft, bereitwilligst Auskunft ertheilt.

— *Verzogen*: Dr. Richard Jordan nach 47 West 44. Strasse, Dr. John Roeloffs nach 309 Ost 116. Strasse.

Eingesandt.

Auf dem Operationstische*)

Dr. C. B. gewidmet.

Ohn' meines Leib's zu achten,
Kühl bis an's Herz, das frische,
Erwartend blut'ges Schlachten,
Lieg ich auf glas'nem Tische.

Der Feind steht schwer gerüstet,
Die scharfen Klingen funkeln:
Komm', wenn es dich gelüstet,
Bald wird es um mich dunkeln.

Erst dumpfes Stimmgewirre,
Dann Ruhe, wie zum Sterben,

* Obiges ist der poetische Erguss eines Collegen, gedichtet unmittelbar ehe an ihm eine Appendicitis-Operation vorgenommen wurde.

Jetzt lautlos, ohn' Geklirre,
Beginnt ein blutig Färben.

Mag das Gekrös' auch dringen
Aus meinem Leib, gespalten;
Mag, was du willst, *gelingen,*
Mich machst du *nicht* erkalten!

Nur zu, du schneid'ger Krieger,
Wirst Lorbeer dir erwerben,
Nur zu! du wackrer Sieger,
Mich kannst du *nicht* verderben!

Trenn' nur den Darm mit Tücke,
Dein Sieg ist doch der *meine,*
Mit deinem *eignen* Glücke
Bringst du *mich* auf die Beine.

Hffm.

New Yorker

Medicinische Monatsschrift.

Officielles Organ der

Deutschen Medicinischen Gesellschaften der Städte New York, Chicago, Cleveland und San Francisco.

Redigirt von Dr. A. Ripperger.

Bd. XIV. New York, September 1902. No. 9.

Rudolf Virchow.

Der Tod, der seit einem Jahre unter den Coryphäen der medicinischen Wissenschaft so reiche Ernte gehalten hat, hat nunmehr auch den, der seit einem halben Jahrhundert ihr hervorragendster Vertreter und ihr bedeutendster Führer war, dahingerafft. Rudolf Virchow, der grosse Arzt und Naturforscher, ist nicht mehr. Um ihn trauert nicht nur die medicinische Wissenschaft und ihre Jünger, um ihn trauert die ganze civilisirte Welt. Wie diese jubelnd an den Ehrentagen und Jubiläen des grossen Meisters Antheil genommen und ihn mit Ehren und Glückwünschen überhäuft hatte, so steht sie jetzt auch trauernd an seiner Bahre in Erkenntniss des grossen Verlustes, den sie erlitten.

Es ist hier nicht der Ort, auf Virchow's Verdienste um Medicin und Wissenschaft näher einzugehen, dieselben sind uns Allen bekannt, sondern mit diesen Zeilen soll dem grossen Forscher und Gelehrten nur ein Denkblatt erstehen, ein äusseres Zeichen unserer Trauer um den Dahingeschiedenen. Virchow's Andenken wird in unserem Herzen weiterleben. Er hat sich selbst das schönste Denkmal errichtet, ein Denkmal aere perennius, in seinen Lehren und Werken. Sein Name wird in der Geschichte ewig fortleben.

ORIGINALARBEITEN.

Ueber Bedeutung, Pathogenese und Therapie der Versioflexionen des Uterus.

Von Dr. L. A. Ewald.

In den Ansichten der Gynäcologen über die Aetiologie, Symptomatologie und Therapie der Versioflexionen des Uterus haben sich im Laufe der letzten Jahrzehnte bedeutende Wandlungen vollzogen, durch exactere Untersuchung nicht minder als durch die Fortschritte der pathologischen Anatomie ist auch hier vielfach Klärung eingetreten und damit eine consequente Behandlung an Stelle alter Vorschriften getreten; die früher übliche orthopädische Behandlung ist entweder wie bei der Anteflexio fast ganz gestrichen worden, oder hat bei der Retroflexio nach Einführung der erfolgreichen modernen Chirurgie operativen Maassnahmen den Platz räumen müssen.

Was die groben Gestaltsverhältnisse des Uterus bei Neugeborenen anlangt, so trifft man hier zwei verschiedene Formen an; ich habe eine grosse Anzahl von Sectionen an Neugeborenen gemacht und stimme vollständig mit den Angaben Mackenrodt's und anderer überein; entweder ist das Corpus gegen die Cervix ziemlich stark winkelig nach vorn geknickt, oder dasselbe sitzt gestreckt auf der Cervix auf; Corpus und Cervix haben ein und dieselbe Achse. Hieraus, oder gar aus der Lage des Uterus bei Foeten Schlüsse für die Lage des Uterus an der Erwachsenen zu ziehen halte ich für verfehlt oder wenigstens nicht für beweiskräftig, denn abgesehen davon, dass Leichenbefunde mit den verschiedenen postmortalen Veränderungen uns ohnedies zu Trugschlüssen führen können, fällt die Thatsache noch ins Gewicht, dass der Uterus der Erwachsenen ein ganz anderes Organ ist, andere Aufgaben hat und anderen Veränderungen unterworfen ist. Ich will damit sagen, dass uns die Entwickelungsgeschichte keinen positiven Anhalt giebt über die Normallage des Uterus, und dass die von manchen Autoren aufgestellten Ableitungen der weiteren Nachprüfung bedürfen; doch das steht fest, dass die Anteversio-Anteflexio die Normallage ist und sich bei weiterem Wachsthum des Organs weiter ausbildet. Die Krümmung nach

vorn ist schon in der Embryonalanlage ausgesprochen, das Collum uteri ist stark fixirt, während das bewegliche Corpus uteri durch den Druck der Eingeweide von oben nach vorn sinkt.

Betrachten wir nun den fertigen Uterus in der Geschlechtsreife des Weibes und prüfen seinen Zusammenhang mit dem umgebenden Gewebe und Organen, so finden wir, dass sein Verhalten ein passives ist, denn schneidet man ihn heraus, so geht er aus seiner Beugestellung in die Streckhaltung über; den activen Theil seiner Haltung im Körper besorgen einzig und allein die ligamenta uteri; sie sorgen dafür, dass der Uterus, der durch Blase und Rectum, sowie durch andere Factoren allen möglichen Verschiebungen ausgesetzt ist, seine richtige Lage wieder einnimmt, irgend ein Ausfall ihrer Functionsfähigkeit muss eine Lageveränderung des Uterus nach sich ziehen.

Das Hauptbefestigungsmittel des Uterus ist ein ausserordentlich leistungsfähiger Muskelapparat, der sich zwischen Cervix und fascia pelvis ausspannt. Diese Muskelmasse, von deren Festigkeit man sich besonders bei Herausnahme des Uterus überzeugen kann, erstreckt sich nach hinten bis unter die Douglas'schen Falten, nach vorn auf die Blase und wird als ligamentum transversum colli von Mackenrodt bezeichnet; die ligamenta sacrouterina, welche den Douglas'schen Raum seitlich begrenzen und in je eine Bauchfellduplicatur eingelassen sind, verstärken die Befestigung des Uterus nach hinten, indem sie sich in der Gegend des inneren Muttermundes ansetzen, hindern sie ein Nachvornweichen der Cervix und begünstigen so die Anteflexio. Da der grösste Theil dieser Musculatur an der fascia pelvis inserirt, so gewinnt auch dieses Organ eine hohe Bedeutung für Lage und Lageveränderung des Uterus; die ligam. rotunda haben einen sehr untergeordneten Einfluss auf die Lage des Uterus trotz der stark entwickelten Musculatur, die sie besitzen.

Wie schon vorhin erwähnt, halte ich den Zustand des gesammten Halteapparates des Uterus verantwortlich für die Lage des Uterus. Dystopien des Uterus, durch entzündliche Adhäsionen, Tumoren u. s. f. veranlasst, verlieren durch diese Ursache ihre pathologische Dignität, indem sie weder etwas beweisen noch bestreiten. Betrachten wir die Veränderungen die im Bandapparat vorkommen, so zeigt uns die patholog. Anatomie 3 Arten: 1) die Hypoplasie des Halteapparates; 2) die Entzündung des Bandapparates; 3) die Erschlaffung und Atrophie des Bandapparates.

von Mackenrodt als Desmolyse bezeichnet. Auf diese 3 Arten pathol. Zustände oder Veränderungen lassen sich die consecutiven Lageveränderungen der Gebärmutter zurückführen.

Es ist nicht meine Absicht, auf die verschiedenen Einzelarten der Lageveränderungen hier einzugehen, ich möchte hier nur die 2 grossen Gruppen etwas eingehender in aetiologischer, symptomatischer und therapeutischer Hinsicht besprechen.

Betrachten wir zuerst die Anteflexio uteri so finden wir verschiedenartige Uteri, die sich zwar in bestimmte Klassen bringen lassen aber das Gemeinsame haben, dass sie in der Gegend des inneren Muttermundes stärker als normal geknickt und oft sogar einen ganz spitzen Knickungswinkel zeigen; in den meisten Fällen lässt sich der Uterus bei der bimanuellen Untersuchung ohne Mühe aufrichten und der spitze Winkel ausgleichen, nur in wenigen Fällen ist eine Winkelsteifheit ausgesprochen. Es handelt sich hier entschieden um Uteri, die in ihrer Entwickelung zurückgeblieben sind, das Organ zeigt zwar die birnförmige Gestalt, ist aber in der Länge und Dicke zurückgeblieben und besitzt schlaffe Wandungen; wir haben hier *nicht* die Gestalt des foetalen oder infantilen Uterus mit kleinem Corpus und dicker, langer Cervix, sondern es handelt sich um einen Uterus, der auf der Entwickelungsstufe der beginnenden Pubertät stehen geblieben ist, die deutschen Autoren bezeichnen ihn als Uterus pubescens und von Virchow wurde er sehr richtig als hypoplastisch bezeichnet. Die Vaginalportion ist klein und knopfförmig; im aufgerichteten Zustand messen diese Uteri ungefähr 4—5 cm; lässt man sie los, so gleiten sie rasch in die alte Lage zurück. Man trifft diese Anomalie bei jungen Mädchen mit seltener, spärlicher oder gar fehlender Menstruation oder bei sterilen jungen Ehefrauen, die wegen ihrer Sterilität Auskunft suchen. Dysmenorhoe oder sonstige Erscheinungen sind nicht vorhanden, wenn sie vorhanden sind, sind sie durch Complicationen veranlasst.

Bei einer weiteren Art von spitzwinkeligen Anteflexionen fällt uns eine lange, gewöhnlich spitz zulaufende Portio auf, die in der Längsachse der virginalen kurzen Scheide liegt; auch der supravaginale Theil der Cervix, in derselben Richtung verlaufend, ist etwas verlängert, so dass man leicht an eine Retroversio des Uterus zu denken sich veranlasst sehen könnte, wenn nicht spitzwinkelig abgeknickt das kleine Corpus vor der Cervix dieser dicht anliegend zu fühlen wäre; es handelt sich bei dieser Art der

Anteflexio entschieden nur um einen graduellen Unterschied von der ersten; ist die Länge der Portio bedeutend, was durch einen lang bestehenden Cervixcatarrh veranlasst werden kann und findet sich eine Hypoplasie der Vagina, so können wir beobachten, dass der Uterus in Retroflexio sinkt, wir haben hier schon eine Neigung zu *der* Form der Retroflexio, die wir unter der Spalte Brachykolpos später anführen. Es unterliegt keinem Zweifel, dass die Ursache der Anteflexio hier weit weniger in der Hypoplasie des Uterus selbst, als fast ganz allein in der Hypoplasie des Halteapparates liegt; wie *einzig und allein* die Anomalie der Ligamenta die Ursache der Anteflexio sein kann, beweist die bei weitem am *häufigsten* vorkommende Art der Anteflexio, es ist die, welche ihre Ursache in der Verkürzung und Immobilität der Douglas'schen Falten hat. In seinem klassischen Werke über die Lageveränderungen der Gebärmutter sagt Schultze: „Die bei weitem häufigste Ursache der patholog. Anteflexio ist die Parametritis posterior und die durch sie zu Stande kommende Verkürzung der Douglas'schen Falten." Der durch diese Anomalie hervorgerufene Befund ist so characteristisch, dass er bei aufmerksamer Untersuchung nicht verkannt werden kann. Die Patientinnen klagen über Schmerzen bei Stuhlgang und bei Wasserlassen, klagen über Verdauungsstörungen, Anämie, Magen- und Darmschmerzen nach den Mahlzeiten, das ganze Bild das von Leube als nervöse Dyspepsie bezeichnet wurde, kann sich uns bieten; wir begegnen den Erscheinungen hochgradiger allgemeiner Nervosität. Bei der Untersuchung finden wir den Uterus in scharfer Anteflexio, das Corpus uteri ist auf Druck sehr empfindlich, im hinteren Scheidengewölbe sind entsprechend dem Verlauf der Douglas'schen Falten zwei scharf vorspringende Stränge, ähnlich den Saiten einer Violine durchzufühlen; der leisteste Druck auf dieselbe löst starke Schmerzen aus.

Von ferneren Symptomen sind noch zu erwähnen die starken Schmerzen bei der Cohabitation und die nie fehlende Dysmenorrhoe; was diese betrifft, ist ja zuzugeben, dass eine mit der Menstruation einhergehende Exacerbation der Entzündung sehr nahe liegt, doch ist die mechan. Dysmenorhoe, die durch die Knickungsstenose am inneren Muttermund verursacht wird, nicht von der Hand zu weisen, ich glaube sogar, dass es sich in allen Fällen um eine solche handelt, in denen die Schmerzen erst im Be

ginne der Menses auftreten und dieselben wehenartigen Character haben.

Hinsichtlich der Behandlung der einzelnen Formen der Anteflexio uteri ist zu betonen, dass die durch Hypoplasie verursachten, also der Uterus pubescens mit der beschriebenen Unterart keine Symptome macht und auch keiner Behandlung bedarf. Schultze sagt: die puerile auf normal grosser Flexibilität des Uterus und Kürze der Vagina beruhende Anteflexio macht meines Wissens keine Symptome. Die Ursache der Sterilität, sowie der spärlichen oder fehlenden Menses liegt hier in der mangelhaften Entwickelung des Uterus, mit der häufig derselbe Befund an den Ovarien zusammenfällt. Die Prognose für diese Fälle ist schlecht. Ist Tuberculose, Chlorose u. s. f. im Spiele, so bilden natürlich diese Erkrankungen den Angriffspunkt unserer Behandlung.

Bei der zweiten Gruppe der Anteflexio, den durch Parametritis posterior verursachten, ist zunächst die resorbirende Behandlung mit Ichthyol-Tampons — warmen Scheidendouchen und Priesnitzumschlägen einzuleiten, daneben darf die entsprechende Diätetik nicht unberücksichtigt bleiben; im späteren Stadium der Erkrankung halte ich Massage und Dehnung der ligamenta sacrouterina unter den nöthigen Vorsichtsmaassregeln von eminenter Wichtigkeit. Dass Complicationen, wie Endometritis, Metritis, Adnexerkrankungen u. s. f. ihre Berücksichtigung finden müssen, braucht kaum erwähnt zu werden. Aus alledem kommen wir zu dem Schlusse, dass es eine specielle Behandlung der Anteflexio nicht giebt, die richtige Behandlung der Anteflexio liegt in der Behandlung ihrer Complication und Beseitigung ihrer Ursachen soweit als möglich.

Als zweite Hauptgruppe der Versioflexionen des Uterus begegnen wir der Retroversio und Retroflexio; da beide eine gemeinsame Aetiologie besitzen, da die Symptomatologie der Retroversio kaum in irgend einer Weise von der der Retroflexio abweicht, da beide Anomalien schliesslich dieselbe Therapie gemeinsam haben, so erscheint es als zweckmässig, beide Zustände nicht gesondert, sondern von gemeinsamem Standpunkte aus zu behandeln; der Unterschied im Zustandekommen der einen oder anderen Lageveränderung liegt einfach in dem Grade der Flexibilität zwischen Corpus und Cervix, in wieweit der normale Tonus erhalten ist, oder ob weitere chronische Infiltration im Myome-

trium Platz gegriffen hat. Demnach ist der Beugungswinkel bei der Retroflexio auch ein sehr verschiedener.

Während man in früheren Jahren annahm, dass die Retroflexio uteri fast ausschliesslich im Puerperium entstehe, hat sich auch hier im Laufe der Zeit durch exacte Beobachtung eine Wandlung vollzogen; da man constatiren konnte, dass eine Retroflexio uteri in oder nach einem neuen Puerperium sich mit verblüffender Regelmässigkeit wieder einstellt, war die Annahme berechtigt, dass wenigstens ein Theil der nach dem I. Puerperium gefundenen Retroflexionen schon vor der I. Schwangerschaft bestanden hatte und sich bei der ersten Gelegenheit nach abgelaufener Schwangerschaft wieder einstellt; diese Annahme findet Bestätigung durch die Untersuchungen und Mittheilungen vieler Autoren, dass thatsächlich die Retroflexio uteri bei Nulliparen ebenso häufig angetroffen wird, als man sie früher bei ihnen für selten hielt. Es steht fest, dass Erschlaffungszustände des Halteapparates auch in jungfräulichen Individuen vorkommen, Erschlaffungen, die, wie Schultze ausführt, die Folge einer in Resorption übergehender Parametritis posterior oder auch durch habituelle Stuhlverstopfung verursacht sein können; es sind Fälle beobachtet, die früher die characteristische Anteflexio durch Parametritis posterior verursacht aufwiesen, wo später aber nach Ablauf der Entzündung der Uterus in Retroflexionsstellung lag. Trotzdem bin ich sicher, dass die grösste Anzahl von Retroflexionen bei Nulliparen nicht auf derartige Erschlaffungen zurückzuführen sind, sondern deren Retroflexio ist einfach veranlasst durch die Hypoplasie des Halteapparates; in wieweit der Uterus und die ligamenta hypoplastisch sind, will ich unberührt lassen, sondern nur ein pathologisches Merkmal bei dieser Form von Retroflexio erwähnen, das ist die straffe, kurze Vagina; da dies bei dieser Klasse von Fällen sehr in die Augen springend ist, bezeichnete Mackenrodt diese Art mit dem treffenden Namen Brachykolpos. Durch die kurze Scheide wird die Portio so wie so in dem vorderen Beckenhalbring gefesselt; sitzt auf der langen Cervix, welche ihrerseits durch die Enge der Vagina gezwungen ist, in der Flucht der letzteren zu liegen, ein kleines Corpus auf, so kann ein Act der Bauchpresse bei voller Blase dasselbe leicht in Retroversioflexio drängen; dass auch der Zug des Peritoneums durch die Verschiedenheit seines Höhenansaztes seine die Ante-

flexio begünstigende Wirkung verliert ist von Schultze klargelegt worden.

Die häufigste Ursache der Retroflexio uteri ist wohl jene Erschlaffung des Bandapparates, die von Mackenrodt recht passend als Desmolyse bezeichnet wurde. Sie entsteht bei der Geburt des Kindes und im Wochenbett. Involutionsstörungen im Gebärorgan und hauptsächlich in seinen Befestigungsmitteln, verlängerte und schlaffe Ligamente, alle diese Umstände sind hier zu deutlich ausgesprochen, als dass man sich der selben verschliessen könnte. Der Beckenboden hat 3 Oeffnungen, für das Rectum, Scheide und Urethra; ist der Scheidenschlitz durch eine langdauernde Geburt erweitert, so kann die Portio hineinsinken und der erste Anlass zur Retroflexio ist gegeben. Dies wird unterstützt durch die Erschlaffung und Involutionsstörungen im ganzen Halteapparat, der Beckenboden verliert seine Festigkeit u. s. f. Die Frage nach der Möglichkeit solcher Erschlaffungsvorgänge beantwortet Schultze recht treffend, indem er sagt: „Ich halte es für sehr wohl möglich, dass nach dem Wochenbett ein Zeitpunkt eintritt, wo die musculären Elemente in den Befestigungen des Uterus durch ihren puerperalen Zerfall in ihrer Leistungsfähigkeit bedeutend verloren haben, die elastischen und bindegewebigen aber ihre frühere Straffheit noch nicht wieder erlangt haben." Dass ein solcher Muskelschwund durch entzündliche Vorgänge im Uterus und Adnexen im Verlauf des Wochenbetts nur gefördert wird, ist wohl recht nahe liegend und es deckt sich damit vollständig die Erfahrung, dass von ärztlicher Seite nach Ablauf eines fieberhaften Wochenbettes zuerst die entstandene Retroflexio constatirt wurde, oder dass so häufig die beobachteten Beschwerden von den Patientinnen selbst auf ein gestörtes Wochenbett zurückgeführt werden. Bei Betrachtung der Infectionsgefahr kommen wir noch zu einer anderen Frage über die Entstehungsursache der Retroflexionen, nämlich zu der Frage: sind die einen retroflectirten Uterus entweder direct oder vermittelst seiner breiten Mutterbänder und seiner Ovarien an die hintere Beckenwand anlötenden Schwarten und Verwachsungen *secundärer* Natur oder haben sie selbst durch die allmählich eingetretene Retraction den Uteruskörper nach hinten gezogen und ihn da fixirt? Beide Annahmen haben ihre Berechtigung; dass ein ursprünglich mobiler retroflectirter Uterus infolge der fortwäh-

renden innigen Berührung der beiden Serosaflächen, durch symperitoneale Verwachsungen fixirt werden kann, ist nicht anzuzweifeln, ebensowenig wie die Verwachsungen, die die Ovarien mit der Nachbarschaft eingehen, als Folge der dauernden innigen Berührung und der durch die Verlagerung ausgelösten Stase. Aber ebenso klar und erwiesen ist es, dass septische und namentlich gonorrhoische Entzündungsvorgänge durch ihre Producte zu ausgiebigen Verklebungen der Organe führen und durch narbige Kürzung und Schrumpfung der Exsudate Uterus, Ovarien, Tuben und ligamenta an die hintere Beckenwand fixirt werden können.

Was nun die Symptomatologie der Retroversioflexio uteri anlangt, d. h. die Bedeutung der Flexionen als solcher für die Beschwerden der Trägerin, so ist die Frage in den letzten Jahren sehr weitgehend erörtert worden, besonders durch die Veröffentlichung der Arbeiten von Salin, Teilhaber und Winter, die behaupteten, dass die Flexion als solche verhältnissmässig wenig Symptome hervorrufe. Olshausen hält für die Entscheidung der Symptomenfrage es zunächst für wichtig, alle mit Adnexerkrankung complicirten Fälle auszuscheiden, indem er nur mobile Flexionen für geeignet hält, diese Frage zu entscheiden. Nach seiner Meinung muss der „wer die reflectorischen Symptome, wie Kopfschmerzen, Magendruck, deprimirte Gemüthsstimmung beobachtet und festzustellen weiss, zugeben, dass in einer nicht geringen Anzahl von Fällen solche Beschwerden in erheblichem Maasse vorhanden sind, als directe Folge der Lageveränderung." Ein zweites sehr wichtiges Moment ist, dass man auch da, wo blosse Flexion besteht, wesentlich unterscheiden muss, auf welche Art die Flexion zu Stande gekommen ist. Es ist zu unterscheiden zwischen den Flexionen und Versionen bei Nulliparen und solchen, die infolge von Entbindung aufgetreten sind; die Flexionen bei Nulliparen sind gewöhnlich auf eine Hypoplasie der Sexualorgane und besonders der Vagina zurückzuführen, diese aetiologische Verschiedenheit mit den gewöhnlichen *puerperalen* Flexionen muss bei der Therapie berücksichtigt werden; gerade die letzten sind es eigentlich, die hinsichtlich der Symptomenfrage in Betracht kommen; diese bleiben Jahre lang ohne Adhäsionen und wenn man die Patientinnen gründlich fragt, kommt man doch zur Ueberzeugung, dass eine

grosse Anzahl dieser Kranken Beschwerden hat, die von der Lageveränderung abhängig sind.

Durch eigene genaue Untersuchungen über die Symptomatologie der Retroflexio bin ich zu dem Schlusse gelangt, dass es eine ganze Anzahl von Patientinnen giebt, die trotz ihrer Retroflexio keine Beschwerden haben, dass aber die Mehrzahl der mit Retroflexio behafteten locale wie reflectorische Symptome, wie Kreuzschmerzen, beschränkte Gehfähigkeit, Kopfschmerz, Magendruck und die von H e g a r beschriebenen Lendenmarksymptome aufwiesen; diese Fälle waren fast ausnahmslos mit Endometritis und Metritis complicirt. Hinsichtlich der Frage: waren die Beschwerden durch die *Complicationen* oder durch die *Retroflexio selbst* verursacht? muss ich betonen, dass die *Beseitigung der Retroflexio* das Hauptmoment in der Behandlung ist; in einigen Fällen wurde die Endometritis und Metritis erfolgreich behandelt, trotzdem erfolgte kein Nachlass der Symptome. Heilung trat aber ein mit *Aufrichtung* des Uterus. Bei einer anderen Klasse von Kranken wurde die Behandlung der Endometritis und Metritis unterlassen, dagegen die Lage des Uterus *sofort* corrigirt und damit schwanden die Symptome.

Dass die Retroflexio nur in wenigen Fällen uncomplicirt vorkommt, darin muss ich W i n t e r und anderen vollständig beistimmen, ebenso lässt sich nicht bezweifeln, dass sich viele der Symptome auf Complicationen zurückführen lassen. Dass Erkrankungen der Adnexe, Para- und Perimetriden ihre eigenen Beschwerden ohne Betheiligung der Retroflexio erzeugen können, dass Endometritis und Metritis für sich allein reflectorische Symptome, dass sie Blutungen und auch habituellen Abort hervorrufen können, ist eine feststehende Thatsache, wenngleich zu bekennen ist, dass die Prädisposition durch die Retroflexio eine Steigerung erfährt. Diese Complicationen brauchen nicht selbstständige Krankheiten zu sein, sondern können durch die Retroflexio hervorgerufen sein; haben sie schon vorher bestanden, so werden sie unter der Retroflexio noch schlimmer und lassen sich ohne Hebung der Retroflexio auf die Dauer nicht beseitigen; durch den fortwährenden Contact mit dem Peritoneum des D o u g l a s'schen Raumes können ohne Hilfe der Infection symperitoneale Verwachsungen von Uterus, breiten Ligamenten und Ovarien mit dem Peritoneum des D o u g l a s'schen Raumes zu Stande kommen; begünstigt wird dieser Vorgang

sicher durch die venöse Stase, die infolge der Verlagerung in allen diesen Organen besteht; am retroflectirten Uterus lässt sich die venöse Stauung nicht verkennen, denn abgesehen von den häufig beobachteten stärkeren Blutungen lässt sich bei der Untersuchung eine deutliche Schwellung und Weichheit der hinteren Corpuswand erkennen und sehr oft finden wir, wie auch von Schultze constatirte, daselbst eine auffallende Schmerzhaftigkeit beim Betasten.

Aus allem dem geht hervor, dass die Retroversioflexio uteri ein *Krankheitszustand* ist, der in seiner klinischen Bedeutung berücksichtigt werden muss, da dessen Verhütung oder Beseitigung für die Kranken von wichtigem Interesse ist.

Hinsichtlich der Prophylaxe kann von Hausärzten und Eltern nicht genug darauf hingewiesen werden, welch schädigenden Einfluss abnorme Füllungszustände der Blase und des Rectums auf die Entwickelung der Sexualorgane der jungen Mädchen haben; an Stelle des zu lange Sitzens in der Schule sollen systematische körperliche Uebungen treten und die Schulhygiene mehr Berücksichtigung finden, die bestehende Chlorose u. s. f. ist sofort zu behandeln. Wir haben ferner gesehen, wie wichtig das Wochenbett in Rücksicht auf die Prophylaxe ist; hier ist es, wo sich die alte Retroflexio gewöhnlich wieder einstellt oder eine neue sich bildet. Im ersten Falle müssen wir durch alle möglichen Maassnahmen die Rücklagerung zu verhindern suchen oder wenn sie eingetreten ist, sobald es die Zeit erlaubt, den Uterus reponiren und ein Pessar einlegen. Dass ein frühzeitiges Verlassen des Bettes, wie Küstner meint, eine Kräftigung des Bandapparates bewirkt und demnach zu empfehlen ist, dem kann ich nicht beistimmen, im Gegentheil halte ich es für ein gefährliches Unternehmen.

Die eigentliche Therapie der Retroversioflexio uteri besteht in der Richtiglagerung und der dauernden Erhaltung der wieder gewonnenen Anteversioflexiostellung des Uterus. Die Correction der Lage des Uterus ist oft nicht leicht, besonders da, wo es sich um Adhäsionen und Fixationen handelt. Die Diagnose ist oft nicht einfach; selbst dem Geübten passirt es, dass er bei Laparotomien und Kolpotomien vorher *uner*kannte Fixationen findet. Die Möglichkeit, den Uterus aufzurichten und ihn in normaler Lage zu erhalten, beweist noch lange nicht das Fehlen von Entzündungsprocessen. Ein grosses Hilfsmittel zur Diagnose der

Fixationen, sowie zur Aufrichtung des Uterus ist die Sonde. Wenngleich Schultze und Küstner den Gebrauch derselben zu diesem Zwecke scharf zurückweisen, so muss ich sagen, dass sie in geübten Händen gefahrlos ist, vorausgesetzt, dass sie schonend und sorgfältig angewendet wird. Laesionen lassen sich vermeiden, wenn man die Sonde förmlich nur als Führer des Uterus nach vorn verwendet und damit die manuelle Aufrichtung combinirt. Es lassen sich bei diesem combinirten Vorgehen Adhaesionen am besten fühlen und der ganze Vorgang ist bedeutend erleichtert.

Gelingt es uns, den Uterus aufzurichten, so müssen wir ihn in dieser Lage zu erhalten suchen durch Einlage eines Pessars. Die einfache Reposition des Uterus ohne Pessarbehandlung zeigt nur bei wenigen Fällen von *puerperalem* Retroflexio Erfolg, hier kann eine einmalige Aufrichtung und Hineindrücken des Uterus in spitzwinkelige Anteflexio genügen. Der Erfolg der Reposition hängt hier ab von der richtigen Wahl des Zeitpunkts, der Uterus darf nicht mehr allzugross sein, jedoch muss er eine gewisse Weichheit und Biegsamkeit besitzen. Die Zeit ist je nach dem Gange der Involution individuell verschieden.

Hinsichtlich des Erfolgs der Pessarbehandlung gehen die Berichte noch weit auseinander; während Koblank aus der Berliner Klinik nur 5,1% Heilung berichtet, bringt uns Nieberding aus seiner Würzburger Privatklinik die hohe Ziffer von 60%; dazwischen liegen alle möglichen Variationen von den namhaftesten Autoren. Diese grosse Verschiedenheit wird jedenfalls erklärt aus dem Umstande, dass der Begriff „Heilung" kein *einheitlicher* ist, ferner aus der Verschiedenheit des Materials; man sollte Privatpraxis und Poliklinik trennen. Die Pessarbehandlung nimmt oft Jahre, strenge Individualisirung und Ueberwachung der Patientin, Vorkehrungen, die sich bei poliklinischem Dienste, bei Wechsel des Aerztepersonals, grosser Anzahl von Kranken, sowie Vernachlässigung von Seiten der Kranken selbst nicht leicht durchführen lassen; daher die Verschiedenheit der Berichte; auch die aetiologische Verschiedenheit des Materials, ob meistens frische puerperale Retroflexion u. s. f., hat natürlich Einfluss auf die Statistik.

Bei der Behandlung mit Pessar kommen als sehr wichtige Factoren in Betracht:

1) die Aetiologie und Dauer des Falles. Etwaige vorhandene Complicationen;

2) die Wahl des Pessars und die sorgfältige Behandlung. Wie schon oben angedeutet, bieten die Retroflexionen, die im Wochenbett entstehen und frühzeitig behandelt werden, die beste Prognose. Wenn sich auch keine bestimmte Regel über die Zeit, wann es geschehen darf und soll, aufstellen lässt, so möchte ich doch das Ende der dritten Woche empfehlen; schon am 5. Wochenbetttage eine mechan. Behandlung zu beginnen, halte ich für gefährlich, dagegen ist auch nichts von einer zu späten Behandlung zu erwarten, da der Uterus durch Lactation atrophisch sein kann; sinkt nach 2—3 Versuchen der Uterus immer wieder in seine fehlerhafte Lage, so muss er durch ein Pessar in der corrigirten Lage gehalten werden. Von 15 Fällen puerperaler Retroflexionen heilten 4 durch blosse Reposition, bei 11 Frauen wurden Pessare eingelegt, von diesen 11 hatte ich Gelegenheit 5 später zu controlliren, bei 3 blieb der Uterus nach Herausnahme des Pessars in richtiger Lage (ich sah sie 4—6 Wochen nach Herausnahme), bei 2 trat nur relative Heilung ein, d. h. der Uterus sank ohne Pessar in die fehlerhafte Lage. Die übrigen 6 Frauen entzogen sich der Controlle. Allerdings ist der Erfolg bei der Behandlung der Retroflexio im Puerperium ein sehr geringer, wenn wir diese kleinen Zahlen mit dem enormen Procentsatz dieser Anomalie vergleichen; die aus dem Wochenbett herübergenommenen Retroflexionen sind gar nicht so häufig als wie man bis jetzt glaubte. Exacte Untersuchungen haben gezeigt, dass von den Kranken 30% Nulliparen betrafen.

Die Complicationen an Retroflexio, auf die Winter mit Recht hingewiesen, verdienen bei der Behandlung volle Würdigung. Es erfordert Uebung und Geschick und ausreichende Fertigkeit in Untersuchung hinsichtlich einer möglichen Pessartherapie zu entscheiden. Entzündliche Vorgänge in der Scheide, schmerzhafte, namentlich im Douglas dislocirte Ovarien und Tuben, schmerzhafte lig. sacrouterina und andere frische Entzündungen bilden eine strenge Contraindication; grössere Dammdefecte machen ein Liegen des Pessars unmöglich, oder es wird durch den Druck der Bauchpresse verschoben und wird bald herausfallen. Bei zu kurzer vorderer Scheidenwand nützt ein Pessar nichts, worauf Löhlein mit Recht hingewiesen hat. Bei Fixationen, die sich schwer oder nur theilweise lösen lassen,

ist die Pessartherapie per se ausgeschlossen; sind die Fixationen nicht ganz gelöst, einen Umstand über den wir uns oft nur täuschen können, so kann das Pessar nicht bessern. Für chronische Peri- und Parametritis ist die Belastungstherapie und Massage viel rationeller und auch erfolgreicher.

Hinsichtlich der Wahl des Pessars glaube ich, dass die Pessare, welche die Thomas-Form besitzen, den Vorzug verdienen, und wie ich aus der Literatur sehe, wird dieses Pessar auch von den meisten Autoren als das beste erkannt, es leistet bisweilen Dienste, wo andere versagen, doch ist es rathsam, alle möglichen Modificationen, besonders solche mit niederem hinteren Bügel, mit längerem und kürzerem Mittelstück vorräthig zu haben; bei Kranken die eine sehr ausgedehnte Vagina haben, ist es nöthig ein recht langes Mittelstück zu haben. Celluloidringe, die den Vortheil haben, dass man sie jedem einzelnen Fall adoptiren kann, sind leider gewöhnlich zu dünn und machen leicht Druckerscheinungen; das beste Material ist immer noch der Hartgummi. Jedes Pessar sollte individuell nach Lage des Falles gewählt und dessen Lage und Wirkung besonders in der ersten Zeit streng überwacht werden.

Ich halte die Behandlung der mobilen Retroflexionen mittels Pessaren trotz der vielen Operationsmethoden für die einfachste und auch für erfolgreich, indem sie ihren Zweck vollkommen erfüllt; sie benöthigt allerdings Uebung und Geschick, sowie Zeit und Geduld von Seiten des Arztes und der Patientin. Das Fehlen dieser letzten Factoren ist jedenfalls der Grund des Misslingens, aber es ist kein Zweifel, die Statistiken beweisen es, dass sich ein hoher Procentsatz heilen lässt. Anders liegt die Sache, wenn bei fehlendem Beckenboden das Pessar keine Stütze hat, wenn durch weites Klaffen der Vulva alle möglichen äusseren Schädlichkeiten freien Eingang haben, wenn bei enger virginaler Scheide, bei Kürze der vorderen Scheidenwand und der Heftigkeit der Symptome von Seiten der Retroflexio kein Pessar vertragen wird, hier müssen andere Maassnahmen Platz greifen. Dasselbe gilt bei ausgedehnteren, stärkeren Verwachsungen; in vielen Fällen ist es unmöglich, die Dorsalfläche des Uterus durch die starre Anlöthung an die hintere Beckenwand zu lösen ohne die Patientin nicht schweren Gefahren auszusetzen. Obwohl die brüske Zerreissung von manchen Autoren empfohlen ist, so werden doch zu häufig Fälle beobachtet, wo schwere peritonitische Symptome und Blutungen auftreten, die ein sofortiges Ein-

greifen nöthig machen: aus diesem Grunde erschien es als rathsam, auch diese Fälle in das Gebiet der operativen Behandlung zu ziehen, zumal es gerade diese Fällen sind, die durch Erkrankungen der Adnexe weitere Eingriffe bedürfen.

Damit bin ich zur operativen Therapie gekommen; es ist nicht meine Absicht, und es ist nicht der Platz hier, auf die einzelnen Methoden, auf ihr Pro und Contra einzugehen. Durch die 3 Methoden: die Ventrofixur, die Vaginafixur und Alexander Adam's Operation erreicht man insoweit ausgezeichnete Resultate, als es uns gelingt, das Corpus uteri dauernd nach vorn zu bringen; eine absolut normale Lage wird durch keines dieser Verfahren gewährleistet, aber die erzwungene Lage steht der normalen doch sehr nahe, hebt sicher die durch die Retroversioflexiostellung bedingten Ernährungsstörungen auf und beseitigt die localen und reflectorischen Symptome. Die Aetiologie des Falles ist auch bei Wahl der Operationsmethode streng zu berücksichtigen. Eine blosse elevatio uteri würde z. B. bei primären Prolapsi der Vagina wenig helfen, sondern es ist die erste Aufgabe den geschwächten Beckenboden erst wieder durch eine Plastik zu festigen; dies macht also ein Operiren an verschiedenen Orten nothwendig. Ich komme damit mit einigen Worten noch auf die vaginale Methode. Während Ventrifixatio und Alexander Adam's Operation Triumphe feierten, hat man die Vaginafixur nur mit Modification erlaubt, mangelhafte Technik und zu feste Fixation waren wohl die Ursache; der vaginalen Methode aber, wie sie von Wertheim angegeben ist, sollte nichts im Wege stehen; das vordere Scheidengewölbe wird in der gewohnten Weise eröffnet und der Uterus an den Abgangsstellen der ligament. rotunda an die betreffende Innenseite der Scheidenwand fixirt, die Plica für sich vernäht. Es ist dies ein kleiner Eingriff der, wie ich mich an einigen Fällen selbst überzeugt habe, sehr günstige Resultate giebt; dabei haben wir den Vortheil: Plastik von irgend welcher Art ist leicht damit zu verbinden; Adhäsionen lassen sich gut lösen und Adnexoperationen können zu gleicher Zeit ausgeführt werden, die Beweglichkeit des Uterus bleibt erhalten; der Eingriff wird von der Patientin leicht ertragen.

Im Uebrigen lässt sich nicht eine Methode als die beste bezeichnen; man hat auch hier durch bittere Erfahrungen gelernt, das Gute vom Schlechten zu scheiden und durch den grossen Streit der letzten Jahre ist auch hier Klärung eingetreten.

Das Recht des Arztes und der Mutter über Leben und Tod des ungeborenen Kindes.*)

Von R. Kossmann in Berlin.

Hinsichtlich der willkürlichen Verfügung des Arztes und der Eltern über Leben und Tod des ungeborenen Kindes haben die Anschauungen während der historischen Zeiten sowohl im Volksbewusstsein als auch in den Gesetzen und endlich in der medicinischen Wissenschaft ausserordentlich gewechselt. Im classischen Alterthum hat man wenigstens an dem Recht des Vaters, über Leben und Tod seines noch ungeborenen Kindes zu entscheiden, wohl niemals gezweifelt. Sowohl von mehreren griechischen Staaten als auch von Rom steht es fest, dass dem Vater sogar die Aussetzung und Tödtung des neugeborenen und selbst des älteren Kindes freistand; um wieviel mehr war das Leben des ungeborenen seinem Willen anheimgegeben! Doch auch vom Standpunkt der Moral aus sah man die Sache nicht anders an. Wir finden, dass ein so sittlich denkender Mann, wie Hippokrates, selbst berichtet, wie er einer Tänzerin Rathschläge zwecks Abtreibung der Frucht ertheilt habe, und in seinen Büchern über epidemische Krankheiten bezeichnet er ungeachtet der im ärztlichen Eide beschworenen Pflicht der Verschwiegenheit mehrere Frauen, die ihre Frucht abgetrieben hatten, nach Wohnung oder Namen, woraus sich ergiebt, dass in der Abtreibung weder eine strafbare noch eine sittlich verwerfliche Handlung gefunden wurde. Wenn in dem hippokratischen Eide gleichwohl versprochen wird, Tampons zum Zwecke der Abtreibung nicht zu verwenden, so hat das seinen Grund wohl nur darin, dass dergleichen als niedere Dienstleistung dem Arzte nicht anständig war. Schon zu seiner Zeit war ja auch die Frage, ob die Frucht im Mutterleibe als ein selbstständiges, beseeltes Wesen anzusehen sei, sehr streitig; und bald nach ihm gewann die stoische Philosophie, die die Frucht nur als einen Theil des mütterlichen Körpers ohne seelische Selbstständigkeit ansah, beherrschenden Einfluss. Auch Diogenes und später der hervorragende alexandrinische Arzt Herophilus waren der gleichen Ansicht, Aristoteles empfiehlt die Abtreibung aus malthusianistischen Gründen. Demgemäss stand denn auch nicht

*) Aus „Die Heilkunde", VI. Jhrg. 1. H.

nur das Abtreiben der Frucht in früheren Schwangerschaftsmonaten in hoher Blüthe, sondern es wurde auch bei jeder Geburtsschwierigkeit sofort zur Zerstückelung der Frucht geschritten.

Erst die christliche Kirche trat dem entgegen, insbesondere indem sie die Ansicht der Stoiker bekämpfte und die Beseeltheit der ungeborenen Frucht lehrte. Immerhin erkannte sie zunächst (vgl. des Kirchenvaters Tertullian etwa um 200 nach Christus verfasste Schrift „De anima") die Nothwendigkeit der Embryotomie an, wie denn Tertullian selbst an der citirten Stelle sagt: „In ipso adhuc utero infans trucidatur necessaria crudelitate cum in exitu obliquatus denegat partum, matricida, ni moriturus" (das Kind wird im Mutterleibe getödtet, eine unvermeidliche Grausamkeit, wenn es im Ausgange querliegend die Geburt unmöglich macht; ein Muttermörder, wenn es nicht selbst den Tod erleidet). Immerhin war Tertullian der Ueberzeugung, dass die Seele bereits bei der Conception selbst entstehe. Zu seiner Zeit erliess dann auch das römische Kaiserreich (Julius Paulus, Ulpianus) Strafbestimmungen gegen die Abtreibung. Später entstanden dann umständliche Erörterungen darüber, von welchem Augenblicke an man den Fötus für beseelt zu halten hätte, und man einigte sich ziemlich allgemein darüber, dass die Seele erst mit dem 40. Tage des Schwangerschaft (beim weiblichen Fötus noch 5 Tage später) Wohnung in der Frucht nehme. Zwar erklärte Papst Sixtus V. in der Bulle *Effraenatam* 1588 noch die Herbeiführung des Aborts sowohl bei beseeltem wie bei unbeseeltem Fötus (ja sogar die Conceptionsverhütung) für gleich strafbar, wie jeden Mord. Aber schon 3 Jahre später milderte Gregor XIV. in der Bulle *Sedes Apostolica* diese Bestimmung hinsichtlich des noch unbeseelten Fötus*). Von der Tödtung der Frucht unter der Entbindung von Seiten des Arztes ist in den älteren Decretalien nicht die Rede. Jedenfalls hat man sie bis in die jüngste Zeit auch an streng katholischen Universitäten unbeanstandet gelehrt. Kannte man ja doch auch bei höherem Grade von Beckenenge kein Mittel, die Mutter selbst von dem ihr drohenden Tode zu erretten, als die Aufopferung des Kindes; ja sogar bei Querlage wusste man der Mutter nicht anders zu helfen, denn die Wendung auf die Füsse war schon

*) Cf. Reiffenstuel, Jus canonicum, Decretali tit. X. de his qui filios occiderunt.

wenige Jahrhunderte nach Christus in Vergessenheit gerathen. Mutter und Kind hilflos sterben zu lassen, weil man das Kind allein nicht opfern wollte, erschien ebenso unmenschlich als thöricht. Vor allem aber fühlte man sich auch gegenüber dem Gesetz wie der Kirche im Einzelfalle sicher, weil es unmöglich war zu beweisen, dass die Frucht im Augenblick der Zerstückelung noch gelebt hatte. Somit wurde denn die Zerstückelung mit unverminderter Häufigkeit fortgesetzt. Sie fand naturgemäss eine Einschränkung erst durch die Vervollkommnung der Geburtshilfe, die mehr und mehr lernte, auch in schwierigeren Fällen die Entbindung mit Schonung des mütterlichen und des kindlichen Lebens durchzuführen.

Der erste Fortschritt derart war die Wiederentdeckung der Wendung auf die Füsse durch Ambrosius Paré im 16. Jahrhundert. Fast gleichzeitig aber trat auch Rousset mit grösster Lebhaftigkeit für den Kaiserschnitt an der Lebenden ein, den er in seinem Enthusiasmus sogar als eine so gut wie ungefährliche Operation bezeichnete. Es folgte die Erfindung der Geburtszange, dann im Jahre 1756 jene bekannte Berathung der Londoner Aerzte, die die conservative künstliche Frühgeburt einführte, und zwei Jahrzehnte darauf, 1777, die von Sigault empfohlene Symphysiotomie. Waren diese Eingriffe auch zum Theil für die Kinder noch sehr gefährlich, so bezweckten sie doch sämmtlich deren Erhaltung und schränkten somit die absichtliche Tödtung des Fötus ganz wesentlich ein.

Vielleicht noch bedeutender wirkte in dieser Hinsicht jedoch die Entdeckung Lejumeau's de Kergaradec, der im Jahre 1821 nachwies, dass man mittelst des unlängst erfundenen Stethoscops die Herztöne der Frucht im Mutterleibe hören könne. Durch dieses Hilfsmittel in den Stand gesetzt, in den meisten Fällen feststellen zu können, ob die Frucht todt sei oder noch lebe, fand sich der Geburtshelfer in der Lage, in jenem Falle leichten Herzens die Zerstückelung in dem für die Mutter günstigsten Augenblick vorzunehmen, während ihm in diesem Falle die Verantwortlichkeit für das Leben des Kindes mit ausserordentlich erhöhter Bedeutung vor die Seele treten musste; handelte es sich doch nunmehr nicht um Zerstückelung einer Frucht, von der er nicht wusste, ob sie lebe oder nicht, sondern um Tödtung eines lebenden Wesens mit vollem Wissen und klarem Willen.

Es ist merkwürdig zu sehen, wie sich diese bewusste Tödtung der Frucht in der Geburtshilfe aller civilisirten Länder als etwas selbstverständlich Erlaubtes erhalten hat, obwohl sie — von etwaigen Gewissensbedenken zunächst ganz zu schweigen — mit den Gesetzen der Kirche — wenigstens der katholischen — aber auch mit unseren staatlichen Strafgesetzen in der unzweifelhaftesten Weise collidirt. Im Corpus juris canonici tritt das noch nicht so deutlich hervor, wie wir oben gesehen haben. Aber die jüngsten Entscheidungen der Kirche lassen darüber keinen Zweifel. Die römische Inquisition hat noch am 28. Mai 1884 unter ausdrücklicher Bestätigung seitens des Papstes die Craniotomie auf katholischen Universitäten zu lehren verboten, selbst für den Fall, dass ihre Unterlassung den Tod von Mutter und Kind zur Folge haben muss,*) und hat dieses Verbot am 14. August 1889 auf jegliche chirurgische Operation ausgedehnt, die für den Fötus tödtlich sei.**) Am 24. Juli 1895 hat sie auch die Einleitung eines künstlichen Aborts, selbst für den Fall, dass sie das einzige Rettungsmittel für die Schwangere sei, für unerlaubt erklärt.†) Was aber die weltlichen Strafgesetze anbetrifft, so

*) . . „An tuto doceri possit in scholis catholicis, licitam esse operationem chirurgicam, quam Craniotomiam appellant, quando scilicet, ea omissa, mater et infans perituri sint, ea e contra admissa, salvanda sit mater, infante pereunte? Ac omnibus diu et mature perpensis, habita quoque ratione . . . respondendum esse duxerunt: Tuto doceri non posse." („Ob auf katholischen Schulen ohne Anstoss gelehrt werden könne, dass die sogenannte Craniotomie in solchen Fällen gestattet sei, in denen bei ihrer Unterlassung Mutter und Kind umkommen, bei ihrer Zulassung aber die Mutter zu retten wäre, während das Kind zugrunde geht? Nach langer und reiflicher Erwägung aller Umstände haben die Inquisitoren die Antwort ertheilen zu müssen geglaubt: Es könne dies nicht ohne Anstoss gelehrt werden".) Decret der s. Congr. S. R. U. Inquisitionis, an den Erzbischof von Lyon, Archiv für katholisches Kirchenrecht, Bd. 54, S. 345.

**) „In scholis catholicis tuto doceri non posse licitam esse operationem chirurgicam quam craniotomiam appellant . . . et quamcunque chirurgicam operationem directe occisivam foetus vel matris gestantis." (Auf katholischen Schulen darf ohne Anstoss nicht die Zulässigkeit der Craniotomie noch die einer anderen für den Fötus oder die Schwangere direct tödtliche Operation gelehrt werden." Decret derselben Congregation vom 14. August 1889 an den Erzbischof von Cambray, Archiv für katholisches Kirchenrecht, Bd. 63, S. 333.

†) Archiv für katholisches Kirchenrecht, Bd. 75, S. 301.

kommen für den deutschen Arzt zunächst die §§ 218 und 220 des Reichs-Strafgesetzbuchs in Betracht. Der § 218 lautet: „Eine Schwangere, welche ihre Frucht vorsätzlich abtreibt oder im Mutterleibe tödtet, wird mit Zuchthaus bis zu 5 Jahren bestraft. . . . Dieselben Strafvorschriften finden auf denjenigen Anwendung, welcher mit Einwilligung der Schwangeren die Mittel zu der Abtreibung oder Tödtung bei ihr angewendet oder ihr beigebracht hat." § 220 lautet: „Wer die Leibesfrucht einer Schwangeren ohne deren Wissen oder Willen vorsätzlich abtreibt oder tödtet, wird mit Zuchthaus nicht unter 2 Jahren bestraft." Hier fehlen vor dem Worte „tödtet" die Worte „im Mutterleibe", sie sind aber nach Analogie des § 218 wohl zu ergänzen und nur versehentlich ausgelassen worden. Nach Ansicht der Commentatoren, z. B. Olshausen (s. u.), soll, sobald die Geburt begonnen hat, der § 211 des Str.-G.-B. in Anwendung kommen, welcher lautet: „Wer vorsätzlich einen Menschen tödtet, der wird, wenn er die Tödtung mit Ueberlegung ausgeführt hat, wegen Mordes mit dem Tode bestraft." Diese Meinung widerspricht meines Erachtens der deutlichen Absicht des Gesetzes. Der Ausdruck „im Mutterleibe tödtet" im § 218 zeigt, dass das Gesetz zwischen einem noch im Mutterleibe und einem ausserhalb desselben befindlichen Menschen unterscheiden will. Bei Beginn der Geburt aber befindet sich die Frucht noch im Mutterleibe. Dazu kommt, dass der Beginn einer Geburt zu jeder Zeit der Schwangerschaft eintreten, zunächst kaum festgestellt werden, oft auch noch durch ärztliches Eingreifen oder andere Umstände wieder zum Stillstand gebracht werden kann. Es eignet sich also dieser Moment durchaus nicht als Termin für eine strafrechtliche Abgrenzung. Dem Gesetze, dem sittlichen Empfinden und der physiologischen Erkenntniss entspricht es, den § 211 nur auf das geborene, d. h. das mit Ausnahme etwa der Nachgeburt bereits ausserhalb des Mutterleibes befindliche Kind anzuwenden.

Wie dem nun auch sei, so ist in keinem dieser Paragraphen davon die Rede, dass der Arzt von der hier gegebenen Strafandrohung ausgenommen sei; doch stimmen die Commentatoren Binding, Puchelt, Oppenheim, H. Meyer und Olshausen (vergleiche dessen Commentar zum Strafgesetzbuch für das Deutsche Reich, 5. Auflage, Band II, Berlin 1897, pag. 782) darin überein, dass das Eingreifen des Arztes „wegen

fehlender Rechtswidrigkeit" straflos sein könne. Die Bezugnahme auf Vorhandensein oder Fehlen der „Rechtswidrigkeit" gestattet zwar den Juristen in erfreulichster Weise, gesetzliche Bestimmungen unter Umständen in einer durch den Wortlaut nicht gegebenen Weise zu interpretiren, schafft aber leider, wie in diesem Falle, für den Arzt doch nur eine beängstigende Rechtsunsicherheit und Abhängigkeit von juristischer Dialektik. In dem vorliegenden Falle hat einer der Commentatoren, Rubo, den Mangel der Rechtswidrigkeit zu Gunsten des Arztes daraus abgeleitet, dass bei den hier in Rede stehenden Eingriffen eine Nothwehr vorläge; das ist aber von den anderen Commentatoren zurückgewiesen, weil eine „Nothwehr" nur gegenüber einem „rechtswidrigen Angriff" denkbar sei, den man der Frucht unmöglich zur Last legen könne. In der That entspricht Rubo's Meinung, die sich mit dem oben citirten Worte Tertullian's „matricida, ni moriturus" deckt, wohl der alten Anschauung, nach der der Fötus sich durch seine eigene Thätigkeit den Ausweg aus dem Mutterleibe bahnte, aber nicht unserer heutigen Erkenntniss, nach der er sich dabei passiv verhält und nur die Muskelarbeit der Mutter ihn ausstösst. Die anderen Commentatoren finden den Mangel der Rechtswidrigkeit darin, dass die Abtreibung, beziehungsweise Tödtung des Kindes zur Rettung der Mutter erfolge, indem sie der Meinung sind, dass „die pflichtmässige Ausübung seines Berufs dem Arzt die Rettung der Mutter, nöthigenfalls selbst unter Vernichtung des zu einer Selbstständigkeit noch nicht gelangten und demnach noch einen Theil der Mutter bildenden, in der Geburt befindlichen Kindes gebiete".*) Wir wollen hier jetzt von der ausserordentlichen sachlichen Unkenntniss der physiologischen Verhältnisse absehen, die sich in der Behauptung äussert, dass das in der Geburt befindliche Kind noch einen Theil der Mutter bilde — eine Anschauung, die wohl der stoischen Philosophie, aber nicht der modernen Naturerkenntniss entspricht; jedenfalls aber schliesst diese Begründung die Rechtswidrigkeit eben nur für den einen Fall aus, dass die Tödtung des Kindes zur Rettung der Mutter nothwendig sei, und gerade dieser Fall ist der, der uns in der Praxis eigentlich niemals begegnet. Selbst angenommen, dass bei einer verschleppten Querlage bereits die Uterusruptur unmittelbar bevorzustehen scheine und deutliche Anzeichen einer bereits einge-

*) Olshausen a. a. O.

tretenen Infection vorhanden seien, ist es immer noch fraglich, ob nicht ein sofort ausgeführter Kaiserschnitt mit Exstirpation des Uterus, weit entfernt, das Leben der Mutter zu vernichten, gegenüber der Zerstückelung des Kindes sogar der für jene minder gefährliche Eingriff ist. Wenn wir hier häufig zumeist doch noch die Embryotomie, selbst an der lebenden Frucht, versuchen, so rechtfertigen wir dies vor uns selbst nicht sowohl damit, dass es das einzige Mittel zur Rettung der Mutter sei, als damit, dass das Kind, auch wenn es noch lebend geboren, fast sicher zugrunde gehen würde, und wir somit Rücksicht auf dessen Leben zu nehmen keine dringende Veranlassung haben. Es handelt sich also in Wahrheit fast ausnahmslos nicht um einen zur Rettung der Mutter nothwendigen Eingriff, sondern höchstens um eine gewisse Verminderung der Gefahr, die der Mutter an sich aus der Geburt erwächst. Ob nun die Rechtswidrigkeit des Eingriffs auch dann noch ausgeschlossen ist, wenn der Arzt das eine Menschenleben vernichtet, um die Gefahr für das andere nur um einige Procente zu verringern, darüber spricht sich, soweit ich sehe, keiner der Commentatoren unseres Strafgesetzes aus, und es scheint mir, als ob die Aufgabe einer Beantwortung dieser Frage auch eine recht harte Nuss für die Juristen sein würde. Selbst wenn sie die Fiction aufrecht erhalten wollten und könnten, dass die Leibesfrucht etwa bis zur Durchschneidung der Nabelschnur nur ein Bestandtheil der Mutter ohne eigene Selbstständigkeit sei, würde das doch höchstens die Anwendung des § 211, nicht aber die der §§ 218 und 220 ausschliessen, und somit ist nicht wohl abzusehen, welch ein Urtheil die Geschworenen fällen würden, wenn irgend ein berufsfreudiger Staatsanwalt einen hierher gehörigen Fall zum Gegenstand einer Anklage machte und ärztliche Sachverständige genöthigt würden, die Frage, ob die Tödtung des Kindes zur Rettung der Muttter unbedingt nöthig gewesen sei, auf ihren Eid wahrheitsgemäss zu beantworten.

Kommen wir sonach zu der Ueberzeugung, dass die Kirche — wenigstens die katholische; die protestantische hat sich, wie es scheint, nicht darüber ausgesprochen — die Tödtung des Kindes im Mutterleibe unbedingt verbietet, der Staat aber uns zum mindesten nicht gegen die Möglichkeit einer Bestrafung sichert, so fragt es sich noch, was unsere eigene Ueberlegung und unser Gewissen dazu sagen.

Was die künstliche Fehlgeburt anbetrifft, so liegt die Sache verhältnissmässig einfach. Der einzige Grund, der den Arzt zur Einleitung des künstlichen Aborts veranlassen darf, ist natürlich die unzweifelhafte Lebensgefahr, die der Schwangeren bei dem Verbleiben der Frucht in der Gebärmutter erwächst. Kann der Arzt vor seinem eigenen Gewissen und — womöglich gestützt auf das Gutachten einwandsfreier Collegen, denen er den Fall zur Prüfung vorgestellt hat — auch vor dem Richter ausser Zweifel setzen, dass die Schwangere bei Fortdauer ihrer Schwangerschaft vor deren Ablauf sammt dem Kinde hätte zugrunde gehen müssen, so ist damit auch erwiesen, dass er sich der Vernichtung eines Menschenlebens nicht eigentlich schuldig gemacht hat, da dieses ja ohne sein Eingreifen ebenfalls vor der Geburt hätte verloren gehen müssen. Das Leben der Schwangeren zu gefährden, nur um das fötale Leben einer Frucht, die nicht ausgetragen werden kann, zu verlängern, das kann wohl eine im Banne dogmatischer Theorien stehende Kirche, aber weder Vernunft noch Gewissen von uns fordern. Ist man im Zweifel, ob die Lebensgefahr für die Schwangere so überaus gross sei, so wird man mit der Entscheidung noch etwas zuwarten können. Es handelt sich ja immer nur entweder um an sich deletäre Erkrankungen, wie Tuberculose, Herzfehler u. dgl., die entweder stationär bleiben oder in der Schwangerschaft sehr bald eine unverkennbare Wendung zum Schlimmsten nehmen, oder um das unstillbare Erbrechen, bei dem der Icterus, die Albuminurie oder die unaufhaltsame Gewichtsabnahme den Ausschlag für den ärztlichen Eingriff geben dürften.

Viel schwieriger liegt die Sache hinsichtlich der Tödtung der Frucht unter der Geburt.

Es kann keinem Zweifel unterliegen, dass in allen denjenigen Fällen, in denen eine Austreibung der Frucht durch die Naturkräfte ohne höchste Lebensgefahr für die Mutter noch möglich erscheint, die Tödtung derselben sittlich verboten, das Abwarten Pflicht ist. Die wenigen Beispiele von spontaner Geburt lebender Kinder bei verschleppter Querlage durch Selbstentwicklung oder bei Stirnlage mit nach hinten gerichtetem Kinn können aber natürlich bei steigernder Temperatur und Pulsfrequenz der Mutter nicht gegen die Zulässigkeit der Tödtung verwerthet werden.

Wie aber werden wir uns zu verhalten haben, wenn ein ärztlicher Eingriff unbedingt nöthig, die Rettung der Frucht jedoch

nur durch einen solchen möglich ist, der die ohnehin bestehende Gefahr für die Mutter vergrössert. Sind wir berechtigt oder gar verpflichtet, mit oder ohne Zustimmung der Mutter die erhaltungsfähige Frucht zu tödten, um die Gefahren der Entbindung für die Mutter zu verringern?

Diese Frage ist, selbst in den neuesten Lehrbüchern und sonstigen Schriften, verschieden beantwortet worden. Es kommt dabei zunächst darauf an, wie man generell das Leben des Neugeborenen gegenüber dem der Mutter bewerthet; selbstverständlich des reifen und durchaus lebenskräftigen gegenüber dem der ebenfalls gesunden Mutter. Dabei müssen wir zunächst wohl von der wahrscheinlichen Lebensdauer der beiden Individuen ausgehen. Wir finden dann nach einer im Deutschen Reiche für die Jahre 1871—1881 aufgenommenen Statistik (vgl. Monatshefte zur Statistik des Deutschen Reiches, Berlin 1887), dass in unserem Vaterlande das neugeborene Kind eine wahrscheinliche Lebensdauer von 35.58 Jahren, wenn es männlichen Geschlechts, und von 38.45 Jahren wenn es weiblichen Geschlechts ist, also für beide Geschlechter zusammen (bei Berücksichtigung des Knabenüberschusses) von etwa 37.8 Jahren besitzt. Demgegenüber hat ein weibliches Individuum im Alter von 20 Jahren noch eine mittlere Lebensdauer von 40.19, im Alter von 30 Jahren eine solche von 33.7 und im Alter von 40 Jahren eine solche von 26.32 Jahren. Im Sinne der wahrscheinlichen Lebensdauer steht also das Leben einer 23jährigen Mutter etwa dem des Neugeborenen an Werth gleich, während, wenn die Mutter älter ist, der Lebenswerth des Neugeborenen überwiegt. Es giebt Aerzte, die das letztere dennoch niedriger einschätzen, indem sie darauf hinweisen, dass das mutterlose Kind verhältnissmässig geringe Chancen habe, seine Mutter zu überleben, während, wenn die Mutter allein erhalten wird, die Aussicht bleibe, dass diese noch einer ganzen Reihe von Kindern das Leben geben könne. Indessen mit solchen Erwägungen begiebt sich der Arzt auf ein Gebiet, auf dem er in tausend Fallstricke gerathen kann. Die Annahme, dass das mutterlose Kind so viel ungünstigere Aussichten habe, erhalten zu bleiben, ist keineswegs allgemein zutreffend. Eine Statistik mit Berücksichtigung dieses Umstandes existirt wohl nicht. Die Zahl der Personen aber, deren Mutter in der Geburt gestorben ist und die dann selbst Stammeltern einer grossen, blühenden Familie geworden sind, ist nicht gering. Die An-

nahme dagegen, dass eine Frau, die einmal eine Perforation der Frucht durchgemacht hat, noch öfter lebende Kinder gebären werde, trifft recht selten zu, sei es, weil sie aus Furcht vor einer Wiederholung der gleichen Gefahr die Conception zu verhüten sucht, eventuell nicht selten die Frucht abtreiben lässt; oder, weil sehr häufig von solchen schweren Geburten Conceptionshindernisse zurückbleiben; oder endlich, weil im Falle einer neuen, zum normalen Endpunkt gelangenden Schwangerschaft dieselben Geburtshindernisse wieder obzuwalten pflegen, die bei den früheren Geburten zur Tödtung des Kindes Veranlassung gaben. Es würde also, wollte man sich auf die Prüfung dieser Frage überhaupt einlassen, eine sorgfältige Würdigung zahlreicher Umstände nöthig werden, die der Arzt zu übersehen kaum in der Lage ist. Dazu kommt dann aber noch, dass es sich keineswegs nur um die Berücksichtigung dieser — man könnte sagen physiologischen — Verhältnisse handelt, sondern dass in nicht wenigen Fällen das Leben des Kindes auch einen grossen vermögensrechtlichen Werth besitzt. Um dies an dem einfachsten Beispiel zu erweisen, braucht man nur daran zu erinnern, dass der Arzt durch Tödtung der Frucht die Erbschaft des Vaters auf irgend eine entfernt verwandte Familie lenken und dass die Mutter der getödteten Frucht, wenn der Vater bald stirbt, dadurch der Armuth preisgegeben werden kann. Es dürfte daher wohl die Mehrzahl derjenigen Aerzte, die der Angelegenheit ein eingehenderes Nachdenken widmen, zu der Ueberzeugung gelangen, dass sie sich eine für sie höchst unbequeme Verantwortlichkeit nur von den Schultern halten können, wenn sie sich auf irgend eine vergleichende Würdigung des Werthes des kindlichen Lebens als solchen mit dem mütterlichen Leben als solchem nicht einlassen, sondern die beiden ihnen anvertrauten Leben a priori als gleichwerthig ansehen.

Doch so entschieden man auch von jeder generellen Minderbewerthung des kindlichen Lebens gegenüber dem mütterlichen abrathen mag: der Anerkennung der Thatsache, dass im einzelnen Falle das kindliche Leben einen fast irrelevanten Werth darstellt, können wir uns doch nicht versagen.

Es kommt da zunächst in Betracht die Dauer der Schwangerschaft, beziehungsweise die Reife der Frucht. Wenn wir auch in der Regel nur auf grössere Geburtshindernisse stossen werden, wo eine Schwangerschaft zum normalen Endtermin gelangt

ist, so kommen doch auch Ausnahmen vor, und insbesondere bei den höheren Graden von Beckenenge kann recht wohl einmal, sei es infolge äusserer Einwirkungen, sei es infolge von constitutionellen Krankheiten, insbesondere der Syphilis, die Geburtsthätigkeit beginnen, bevor die Frucht zur völligen Reife gelangt ist. In diesen Fällen kann nun sehr wohl bei Eintreffen des Arztes die Sache so liegen, dass er entweder eine durchaus lebensfrische, durch die Geburt nicht im geringsten geschädigte Frucht tödten oder den Kaiserschnitt um eben dieser Frucht willen vornehmen muss, obwohl die Chancen, sie lebend zu erhalten, durch die Unreife wesentlich herabgesetzt sind.

Für die Beurtheilung dieser Chancen ist nun aber die Frage ganz wesentlich, welche Pflege dem vorzeitig geborenen Kinde zu Theil werden kann. Wir sind heute, wo man in grossen Städten sogar eigens für diesen Zweck construirte sogenannte Brutmaschinen (Couveuse Lion) mit constanter Temperatur leihweise erhalten kann, im Stande, bei Aufwendung aller Sorgfalt unter Umständen Kinder, die zehn Wochen, vielleicht sogar zwölf Wochen vor dem normalen Schwangerschaftsende geboren sind, am Leben zu erhalten.

Selbstverständlich ist aber auch unter solchen Verhältnissen irgend eine Garantie nicht dafür zu leisten, vielmehr der Sterblichkeitsexponent ein hoher. Wie sollen wir uns nun entscheiden? Gewiss widerstrebt es dem menschlichen Billigkeitsgefühl, nun etwa den Zeitpunkt der Schwangerschaft, zu welchem irgeneinmal unter solchen besonders günstigen Verhältnissen die Erhaltung der Frucht gelungen ist, als maassgebend anzusehen und demnach etwa wegen einer erst 30 Wochen alten Frucht die Mutter der erhöhten Gefahr des Kaiserschnittes auszusetzen. Durch solche Principienreiterei würden wir dahin gelangen, dass wir vielleicht hunderte von Kaiserschnitten angeblich zu Gunsten des Kindes, aber ohne dessen thatsächliche Erhaltung ausführten, ehe einmal ein für Mutter und Kind günstiges Resultat erzielt werden würde.

Weiter aber ist der Werth des kindlichen Lebens auch nach dessen Gesundheitszustande einzuschätzen. Haben wir triftige Gründe anzunehmen, dass das Kind syphilitisch ist; hat es einen beträchtlichen Hydrocephalus oder eine andere im Mutterleibe nachweisbare erhebliche Missbildung; oder sind die Herztöne schon so schlecht, dass wir die Lebenskraft des Kindes für

schwer geschädigt halten müssen, so können wir billigerweise das kindliche Leben nicht als gleichwerthig mit dem mütterlichen ansehen. Niemand, auch ein Jurist nicht, kann es für eine Gewissenspflicht des Arztes halten, einen die Mutter gefährdenden Eingriff vorzunehmen, um ein dem sicheren Tode verfallenes kindliches Leben einige Minuten oder Viertelstunden zu verlängern oder die Welt um eine unglückliche Missgeburt zu bereichern.

Wie aber das individuelle kindliche Leben den verschiedensten Werth haben kann, so ist es auch mit dem mütterlichen. Liegt z. B. die Mutter infolge eines Krebsleidens, hochgradigster Phthise oder dergleichen in unzweifelhafter Agonie, so sind wir gewiss berechtigt, ihr Leben im Vergleich zu dem einer normalen Frucht, selbst wenn diese noch ziemlich unreif sein sollte, als minderwerthig einzuschätzen.

Wir kommen also zu dem Ergebniss, dass die Ueberlegung und das Gewissen in jedem einzelnen Falle dem Arzte eine sorgfältige Abwägung der Werthe der beiden ihm anvertrauten Menschenleben gebieten.

Demnächst aber fordern sie von ihm auch die Abschätzung der Gefahren, in die er die Kreissende durch die verschiedenen Eingriffe, zwischen denen er zu wählen hat, bringen würde.

Die heutige Statistik lehrt (nach Zweifel), dass die Tödtung der Frucht für die Mutter eine Mortalität von 6—7 Procent mit sich bringt. Es würde also die Frage genauer dahin präcisirt werden können, ob wir berechtigt oder verpflichtet sind, die Frucht im Mutterleibe zu tödten, wenn sie durch eine Operation, die über 6 Procent Mortalität für die Mutter bedingt, gerettet werden könnte. Welches sind die hier in Betracht kommenden operativen Eingriffe?

Zunächst die Wendung. Hier ist die Mortalitätsziffer überhaupt nicht zu bestimmen. Es versteht sich von selbst, dass eine frühzeitig ausgeführte Wendung weit weniger als 6 Procent Mortalität mit sich bringt, und niemand wird heutzutage statt einer solchen die Zerstückelung des Kindes vornehmen. Zu Zweifeln können nur Wendungen bei verschleppter Querlage Anlass geben, wo neben der Infectionsgefahr auch die Gefahr einer Uterusruptur beträchtlich, andererseits aber die Aussicht, das Kind durch einen anderen Eingriff noch zu retten, sehr gering ist. Hier ist für einen in der Technik der Totalexstirpation be-

wanderten Arzt das richtige Verfahren: Einleitung tiefster Narcose, Vorbereitung der Totalexstirpation, Wendung und Extraction und im Anschluss daran, falls schwerere Infection oder Ruptur vorhanden, Totalexstirpation. Der zu letzterer nicht befähigte Arzt aber wird zweifelsohne von jeder Forcirung der Wendung absehen, das kindliche Leben, das sicher schon schwer geschädigt ist, opfern und die Embryotomie ausführen.

Weiter kommt in Betracht die Symphysiotomie. In den verhältnissmässig beschränkten Fällen, in denen eine Anwendung derselben überhaupt kunstgemäss ist, d. h. bei einer Conjugata vera von höchstens 8.5, mindestens 6.5 cm und bei fast oder vollständig eröffnetem Muttermunde bedingt sie eine geringere Mortalität als 6 Procent. Aber leider gilt dies wahrscheinlich nur für den Fall ihrer Ausführung von besonders sachkundiger Hand in einer Klinik. Man ist heutzutage wohl ziemlich übereinstimmend der Meinung, dass in der allgemeinen Praxis die Symphysiotomie überhaupt nicht ausgeführt werden sollte.

Es bleibt endlich der Kaiserschnitt. Die Mortalität bei Kaiserschnitt ist angeblich höher als die der Embryotomie,*) etwa gleich 10 Procent. Es ist also wohl gerade eine Erörterung der Wahl zwischen diesen beiden Eingriffen besonders lehrreich im Hinblick auf die hier behandelte Frage. Diese würde dann etwa so zu formuliren sein: Berechtigt uns die um 3—4 Procent höhere Mortalität des Kaiserschnitts, der Tödtung der Frucht den Vorzug zu geben?**)

Nach dem oben Dargelegten würde, wenn wir das gesunde mütterliche dem gesunden kindlichen Leben gleichwerthig setzen, diese Frage unbedingt zu verneinen sein. Noch mehr: wir würden uns sogar verpflichtet halten müssen, den Kaiserschnitt vorzuziehen, sofern wir eine 4 Procent übersteigende Chance haben, das kindliche Leben zu erhalten. Nun ist für das reife Kind beim Kaiserschnitt diese Chance fast 100 Procent; es

*) Ich gebrauche den Ausdruck hier im weitesten Sinne, also einschliesslich der Craniotomie.

**) Nach der Statistik aus dem Johns Hopkins Hospital, die Williams auf dem 26. amerikanischen Gynäcologencongress, 1901, mitgetheilt hat, steht der Kaiserschnitt dort mit nur 3 Procent Mortalität einer Gesammtmortalität von 2.88 für alle Eingriffe bei engem Becken gegenüber. Leider sind so glänzende Resultate einstweilen ausserhalb der geschlossenen Musteranstalten noch nicht zu erhoffen.

kommt kaum jemals vor, dass ein solches dabei zugrunde geht; und selbst wenn man es mit einer ziemlich unreifen Frucht oder mit merklich verlangsamten Herztönen zu thun hat, wird man immer noch 20 oder 10 Procent der Kinder durch den Kaiserschnitt retten können.

Es bleibt endlich noch eine Bedingung zu erwägen, nämlich die Frage, ob die Entschliessung des Arztes von der Entschliessung der Eltern abhängig gemacht werden soll. Unsere verbreitetsten Lehrbücher wiedersprechen sich in dieser Hinsicht. Während einige entschieden fordern, man solle die Entscheidung der Mutter anheimstellen, weisen andere darauf hin, dass die Kreissende unter dem Eindruck der ihr drohenden Gefahr, gequält von Schmerzen, oft auch beeinflusst von den bereits vorher angewandten Narkoticis, gar nicht in der Lage ist, sich ein unbefangenes Urtheil zu bilden. In dieser Hinsicht muss nun unzweifelhaft festgestellt werden, dass allerdings zur Ausführung irgend einer geburtshiflichen Operation die Zustimmung der Kreissenden, wenn aber bezüglich deren freier Willensbestimmung aus den angeführten Gründen Zweifel obwalten können, die Zustimmung ihres Ehemanns nothwendig ist. Andererseits aber wird man nicht bestreiten können, dass schon dadurch, dass der Arzt zur Kreissenden berufen worden ist, der Wille der zur Entscheidung befugten Personen ausgedrückt worden ist, eben diesem Arzt die Entscheidung zu überlassen, welche Eingriffe im Interesse von Mutter und Kind vorzunehmen seien. So wenig wie der Arzt nöthig hat, sich in einem solchen Falle einer besonderen Zustimmung für die Vornahme der Wendung oder für die Anlegung der Zange zu versichern, so wenig ist er verpflichtet, die besondere Zustimmung für die Ausführung des Kaiserschnittes einzuholen. Damit ist allerdings nicht gesagt, dass er nicht aus Klugheit in Anbetracht des besonderen Vorurtheils, das gegen den Kaiserschnitt noch obwaltet, die Kreissende und den Ehemann von seiner Absicht unter Darlegung des Pro et Contra unterrichten kann. Stösst er nun nach Aeusserung dieser seiner Absicht oder während der Vorbereitungen, die er für die Operation trifft, auf Widerspruch, so giebt es, wie ich denke, nur einen der ärztlichen Würde angemessenen Entschluss: er hat formell festzustellen, dass er das erforderliche Vertrauen seiner Clientin nicht besitze, und zu fordern, dass sofort ein anderer Arzt berufen werde, bis zu dessen Eintreffen er unter Ablehnung

jeder weiteren Verantwortlichkeit nur die durch die Pflicht erforderten Hilfeleistungen zu gewähren hat. Zu diesen kann selbstverständlich die Tödtung des lebenden Kindes nicht gerechnet werden; denn dass diese, wo sie gegen des Arztes Ueberzeugung ausgeführt würde, strafbar sei, kann keinem Zweifel unterliegen. Ist freilich, bevor der andere Arzt eingetroffen ist, der Tod der Frucht im Mutterleibe unzweifelhaft eingetreten, so ist der anwesende Arzt verpflichtet, die Embryotomie alsbald auszuführen. In Kürze gesagt, gestehen wir also wohl den Eltern der Frucht die Befugniss zu, den Kaiserschnitt, wie jede andere geburtshilfliche Operation, zu untersagen, nicht aber die Befugniss, die Tödtung des Kindes im Mutterleibe zu verlangen.

In der Praxis wird der Arzt, wenn er einigermaassen das Vertrauen seiner Clientin besitzt und in der hier empfohlenen Weise handelt, fast stets die Entscheidung darüber haben, ob der Kaiserschnitt vorgenommen werden soll oder nicht. Welcher schweren Verantwortlichkeit er sich dabei unter Umständen bewusst sein wird, hängt natürlich von der individuellen Empfindlichkeit ab. Jedenfalls wäre es eine wahre Wohlthat für den ärztlichen Stand, wenn das Gesetz die Frage wenigstens etwas specieller regelte, etwa in der Weise, dass es den Schutz der völlig oder annähernd reifen Frucht im Mutterleibe auch der Mutter gegenüber übernähme. Ich denke mir, es könnte z. B. bestimmt werden, dass die Tödtung eines Kindes im Mutterleibe von der 36. Schwangerschaftswoche an, wenn lediglich zur Vermeidung einer in anderen geburtshilflichen Operationen der Mutter erwachsenden Gefahr unternommen, strafbar sei, falls nicht besondere Umstände voraussetzen lassen, dass das Kind auch bei Wahl einer anderen entbindenden Operation zugrunde gehen würde.

So lange eine derartige Bestimmung nicht in die Gesetze aufgenommen worden ist, glaube ich doch immerhin aussprechen zu dürfen, dass sie den Forderungen des ärztlichen Gewissens ungefähr entspricht, und dass der Arzt gut thun wird, sie als Maxime für sein Handeln gelten zu lassen. Hat also eine Schwangerschaft eine Dauer von 36 Wochen, ist ferner kein Verdacht auf eine organische, speciell syphilitische Erkrankung oder eine Missbildung, wie Hydrocephalus etc., der Frucht vorhanden, der Zustand der Herztöne ein normaler, die Beendigung der Geburt durch Wendung und Extraction des lebenden Kindes

unmöglich oder mit grösster Gefahr für die Mutter verbunden, für die Symphysiotomie entweder die Vorbedingung, nämlich vollständige Eröffnung des Muttermundes und ein Mindestmaass der Conjugata vera von 6.5 nicht gegeben, oder die ausreichende technische Vorbildung nicht vorhanden, so soll meines Erachtens der Arzt die Tödtung der Frucht ablehnen und den Kaiserschnitt ausführen oder, wenn eine Bewilligung dazu nicht zu erlangen ist, seinen verantwortlichen Beistand bei der Geburt versagen.

Stellen wir an die Kreissende eine unmenschliche Forderung, indem wir ihr zumuthen, für ihr Kind diese erhöhte Gefahr auf sich zu nehmen? Das allgemeingiltig zu entscheiden, darf ich mich nicht vermessen. Es ist eine Gefühlssache, die jeder Arzt mit seinem eigenen Herzen beurtheilen muss, und nur für mich selbst, nicht für andere, kann es Geltung haben, was ich bekennen will. Wir haben vorhin den Werth des mütterlichen Lebens vom statistischen Gesichtspunkte aus betrachtet. Betrachten wir ihn vom sittlichen Gesichtspunkte aus, so kann uns das Wort des Dichters einen Fingerzeig geben, der da sagt:

„Und setzet Ihr nicht das Leben ein,
Nie wird Euch das Leben gewonnen sein."

Wie aber das Leben des Mannes sittlich werthlos ist, der nicht wagt, es für seine Heimath und seinen Herd, oder für seinen Glauben und seine Ehre aufs Spiel zu setzen, so kann ich auch das Leben des Weibes nicht einen Pfifferling schätzen, wenn sie es für die Rettung des von sicherem Tode bedrohten Kindes, das sie unter dem Herzen trägt, nicht einer um wenige Procente erhöhten Gefahr auszusetzen im Stande ist. Nur die Mutter, die das freudig thut, wird auch ihren lebenden Kindern eine wahre Mutter sein. In dem berechtigten Stolz auf die tapfere Erfüllung ihres Berufs, in der Bewunderung und Liebe der Ihrigen, zumal des geretteten Kindes, in dem Bewusstsein endlich, auch ihren Söhnen eine heldenhafte Gesinnung als Erbtheil zu überliefern, wird sie überreiche Belohnung finden.

Uns freilich, die wir ihr zu solchem muthigen Entschlusse rathen wollen, erwächst nun auch die Pflicht, die Gefahr für sie nach Kräften zu verringern, also erstens stets in unserem Instrumentarium für die Ausführung des Kaiserschnittes gerüstet zu sein, zweitens die Indication aufs sorgfältigste zu prüfen, und

lich die Operation in der für den Erfolg günstigsten und gewissenhaftesten Weise auszuführen. Diese Bedingungen sind meines Erachtens selbst für den Landarzt nicht besonders schwer zu erfüllen. Zur Ausführung der die Frucht befreienden Schnitte genügt jedes kleine Scalpell oder Bistouri, und auch für die Naht bedarf es keiner aussergewöhnlichen Apparate; einige kräftige krumme Nadeln, etwas Catgut oder in dessen Ermanglung auch Seide, Zwirn etc. nebst einem Nadelhalter, alles Instrumente, die er schon im Hinblick auf einen möglichen Dammriss unbedingt in der Geburtstasche mit sich führen muss, genügen, den Schluss der Wunde herbeizuführen. Um diese Instrumente genügend zu sterilisiren, braucht man sie nur gründlich auszukochen, wozu sich selbst in der kleinsten Hütte Gelegenheit findet, und auch das Nahtmaterial kann mit Ausnahme des Catguts ausgekocht werden, wenn man es nicht — was gewiss vorzuziehen ist — in einer der allenthalben käuflichen sterilen Packungen (am besten als Cumolcatgut) mit sich führt. Die Operation selbst erfordert keine die Fähigkeiten des gewöhnlichen Practikers übersteigende Geschicklichkeit. Wird der Schnitt durch die Bauchdecken in einer Ausdehnung von etwa 20 cm, so dass der Nabel etwas seitlich von seiner Mitte liegen bleibt, ausgeführt, so erfolgt keine Blutung, die irgendwie Berücksichtigung erforderte. Nach Durchtrennung der Bauchdecken hat man die Uteruswand unmittelbar vor sich liegen und kann ohne irgendwelche Mühe den Uterus selbst durch die Wunde nach aussen wälzen. Ob man nun nach alter Manier in der Mittellinie der Vorderwand oder von rechts nach links quer über den Fundus einschneidet, ist ziemlich nebensächlich; ich möchte die letztere Schnittführung anrathen, weil man dabei fast niemals mit dem Schnitt in die Placenta fallen wird. Geschähe dies aber auch, so darf man sich durch den dabei erfolgenden stärkeren Bluterguss nicht verwirren lassen, sondern den Schnitt vertiefen, bis er die Plcenta durchsetzt hat, dann einfach mit der Hand eingehen und das Kind an der ersten Extremität, die man zu fassen bekommt, packen, herausziehen, mit einer schälenden Handbewegung die Nachgeburt entfernen und alsbald an die Naht der Gebärmutter gehen. Ob es wirklich nöthig ist, während des Einschneidens in die Gebärmutter etwas gegen die Blutung zu thun, kann zweifelhaft sein; in jedem Falle genügt es, wenn man einen langen, mehrfach zusammengelegten sterilen Gazestreifen zwischen Uterus und

Bauchdecken bis in die Gegend der Cervix hinabschiebt und während des kurzen Augenblicks der Blutung an den um einander geschlungenen Enden so ziehen lässt, dass ein grösserer Blutverlust unmöglich ist. Sobald Frucht und Nachgeburt aus der Gebärmutter entfernt sind, zieht sich diese ohnehin kräftig zusammen, so dass kein erhebliches Weiterbluten stattfindet. Was die Naht anbetrifft, so genügt hier auch das allereinfachste Verfahren. Ein paar tiefe, durch die Musculatur greifende Knopfnähte, dazwischen ein paar oberflächliche, sei es dass diese die Schnittränder der Serosa genau aufeinanderpassen, oder dass sie sie nach der S ä n g e r'schen Methode einstülpen, führen zu einer genügenden Schliessung der Uteruswunde. Für die Bauchdecken genügen ebenfalls fünf, höchstens sechs durch die ganzen Bauchdecken greifende Knopfnähte und eine die Hautwundränder möglichst genau adaptirende fortlaufende Naht. Wer für diese einfachen Manipulationen nicht die erforderliche technische Fertigkeit besitzt, dürfte gewissenhafterweise überhaupt keine ärztliche Praxis ausüben. Allerdings muss diese Operation, wenn irgend möglich, in Narcose ausgeführt werden. Aber das gilt für eine ganze Reihe anderer geburtshilflicher Operationen gleichfalls, und die Erfahrung lehrt, dass eine Narcose während der Geburt ja ausserordentlich wenig Gefahr für die Kreissende mit sich bringt. Eine andere Frage ist, welche Vorsichtsmaassregeln gegen die Infection der Kreissenden anzuwenden sind. Da sei nun zunächst vorausgeschickt, dass die Infectionsgefahr für die Kreissende unter gleichen Umständen bei der Tödtung und Zerstückelung der Frucht zweifelsohne viel grösser ist, als beim Kaiserschnitt. Den alten Aberglauben, dass das Peritoneum besonders empfindlich gegen Infection sei, haben wir ja längst aufgegeben. Dagegen wissen wir, in wie hohem Grade gequetschte und gerissene Wunden, wie sie bei der Embryotomie so leicht an der Cervix entstehen, empfänglich für Infection sind. Das wird uns natürlich nicht davon abhalten, auch bei dem Kaiserschnitt alles zu thun, was wir zur Fernhaltung von Infectionsstoffen thun können. Wir werden also erstlich die Bauchdecken der Kreissenden nach Möglichkeit abseifen, eventuell rasiren, auch mit den sonst in der Geburtstasche mitgeführten Desinficientien behandeln, besondere Aufmerksamkeit auch der Reinigung des Nabels zuwenden. Wir können weiter irgend ein leinenes oder baumwollenes Wäschestück auskochen und, nachdem wir es

in der Mitte mit einem 25—30 cm langen Schlitz versehen haben, über den Leib der Kreissenden decken, so dass der Schlitz mit der Incisionsstelle correspondirt. Wir werden endlich unsere Hände mit der grössten Sorgfalt vorschriftsmässig reinigen und sterilisiren. Insofern eine absolut vollständige Bacterienfreiheit der Hände überhaupt nicht zu erreichen ist, werden wir vielleicht auch vorziehen, uns bei der Operation der Gummihandschuhe zu bedienen. Wenn diese auch für alle feineren Operationen durch Herabsetzung des Tastvermögens eine Erschwerung bilden, ist doch beim Kaiserschnitt ein so feines Tastgefühl überhaupt nicht erforderlich, und man wird mit einigermaassen anliegenden Gummihandschuhen diese Operation in ebenso befriedigender Weise ausführen können, wie ohne dieselben. Auch die Gefahr, dass sie während der Operation zerreissen können ist sehr gering, da sie nicht mit Knochenfragmenten, auch kaum mit spitzen oder scharfen Instrumenten in Berührung kommen. Kurzum, es ist nur zu empfehlen, dass der Geburtshelfer ein paar Gummihandschuhe mit sich führe und sie in derartigen Fällen gleichzeitig mit dem erwähnten Schlitztuch unmittelbar vor der Operation auskoche.

Die Narcose sollte natürlich, wenn irgend möglich, von einem Collegen, sonst von einer Hebamme, Wärterin oder dergleichen geleitet werden. Dabei ist zu bemerken, dass eine bis zur vollständigsten Muskelerschlaffung getriebene Narcose für diese Operation nicht einmal Bedingung ist. Aeusserstenfalls also kann man die Kreissende, wenn alles übrige vorbereitet ist, selbst narcotisiren, dann die Hände noch einmal etwas flüchtiger waschen und desinficiren, die Gummihandschuhe überziehen und nun die Operation ausführen, ohne weiter Chloroform aufgiessen zu müssen.

Wer die hier wiedergegebenen wenigen, aber entscheidenden Vorsichtsmaassregeln beobachtet, sich auch aller überflüssigen Umständlichkeiten, die nur zur Verwirrung und zu Missgriffen führen, enthält, der wird, wo nicht schon aus anderen Gründen eine Gefährdung der Kreissenden eingetreten ist, durch den Kaiserschnitt an sich kaum jemals eine Patientin verlieren, wohl aber sich des Bewusstseins erfreuen können, so manches Kind am Leben erhalten zu haben.

Mittheilungen aus der neuesten Journal-Literatur.

1) J. Czyrnianski: *Die Wirkung des Urotropins als Harnantisepticum.*

Verf. stellte seine Versuche zuerst in der Weise an, dass er Gaben von 4 Gramm täglich, in vier Dosen à 1,0 vertheilt jede vierte Stunde reichte. Dadurch konnte zwar eine wachsthumshemmende Wirkung des Urotropins, aber keine abtödtende nachgewiesen werden. Seinen nächsten Versuch gestaltete C. dann nach dem Vorgange von Sachs in Breslau, der es vorzog, binnen zwei Stunden die viergrammige Gabe zu verabreichen, wonach er bald den Urin zur Untersuchung nahm und nach 24stündiger Wirkung bei 37° C. Sterilität des mit Bacterienreinculturen (Typhus) geimpften Urins erzielte. Dadurch wurde erwiesen, wie richtig und wichtig die Angaben der Autoren sind, dass sich Urotropin verhältnissmässig sehr rasch ausscheidet. Verf. gewann dann aus seinen weiteren Untersuchungen die Ueberzeugung, dass das Urotropin wirklich ein gutes Antisepticum ist, denn abgesehen davon, dass weitere Experimente gewiss nachweisen könnten, dass auch geringere Procente als 0,52 Procent Urotropin als bacterientödtend wirksam sind und in kürzerer Zeit vielleicht als in 24 Stunden, ist auf jeden Fall schon ein Antisepticum, welches bei ca. 0,5 Procent sicher wirkt, ein gutes Antisepticum, zwischen Carbolsäure und Sublimat etwa die Mitte haltend. Man muss aber das Lob des Mittels um Vieles erhöhen, nachdem es eine chemische Substanz von so günstiger Beschaffenheit ist, dass es auch in Mengen einverleibt, welche den Urin vorübergehend auf 0,5 Procent Concentration bringen können, den organischen Geweben keinen Schaden zufügt, worin viele Autoren, deren einzelne sogar zehngrammige tägliche Dosen reichten, übereinstimmen.

Schliesslich bemerkt Verf. noch, dass er in Erwägung dessen, was er der Literatur über Urotropin entnimmt, und von dem, was ihn seine eigenen Versuche lehrten, die Ueberzeugung hegt, dass nur die Methode von Sachs, das Urotropin, aus welcher Indication auch immer, nur in gehäuften Dosen (z. B. von 7 bis 9 Uhr Früh 4 Gramm, halbstündlich 1 Gramm) gebrauchen zu lassen, richtig, weil naturgemäss sei. So nur kann man rasche Abtödtung der Bacterien bewirken; wenn man anders verfährt, bewirkt man höchstens ein langsames, stufenweises Absterben derselben, woran theilweise nur ihre Resistenz, mehr aber die zu grosse Verdünnung des Urotropins, die Schuld tragen. Am wenigsten Erfolg können zu kleine Dosen beanspruchen, welche von vorneherein nicht im Stande sind, den Harn entsprechend mit Urotropin zu sättigen. (Allgem. Wiener med. Zeitung, 1902, No. 38.)

2) L. Knapp: *Ueber unstillbare Blutungen im Anschlusse an die Geburt.*

Verf. schildert das Vorgehen auf der deutschen geburtshülflichen Klinik in Prag, welches Schritt für Schritt auch in der Privatpraxis geübt werden kann. Bei „atonischen" Blutungen wird in folgender Weise vorgegangen:

Zu allererst überzeugt man sich von der vollständigen Entleerung der Blase durch Catheterismus und fahndet gleichzeitig nach etwaigen Verletzungen, welche event. oberflächlich, beispielsweise in der Nähe der Clitoris, aber versteckt sitzend, zu profusen Blutungen Anlass geben können. Wären solche vorhanden, so müsste provisorisch comprimirt, später event. tamponirt oder umstochen werden. Hiervon abgesehen, concentrirt sich das Hauptaugenmerk auf das Verhalten des Uterus. Erscheint derselbe nach Ausstossung der Frucht schlaff, während aus der Scheide flüssiges Blut und bei Druck auf den Gebärmuttergrund Coagula abgehen, so werden zunächst Cirkelreibungen des Fundus ausgeführt und gleichzeitig 1—2 ccm Ergotin unter die Haut des Oberschenkels injicirt. Gelingt es nicht, auf diese Weise den spontanen Abgang der Nachgeburt abzuwarten, weil die Blutung anhält, so wird die Placenta nach Credé exprimirt. In den seltenen Fällen, wo dieser Handgriff nicht zum Ziele führt, schreitet man ohne Verzug zur manuellen Lösung der Nachgeburt. Hierbei ist es selbstverständlich von der grössten Bedeutung, die Eitheile vollständig zu entfernen, wovon man sich am besten, und wenn die Placenta stückweise abgelöst werden musste, überhaupt nur durch eine genaue Austastung der Gebärmutterhöhle überzeugen kann. Erweist sich der Uterus leer, ohne die Tendenz zur Contraction zu zeigen, so kann gleich ein Versuch der bimanuellen Compression gemacht werden. K. muss jedoch auf Grund wiederholter eigener Untersuchungen sagen, dass bei schwerer Atonie in mehr als der Hälfte der Fälle es nicht gelang, auf diese Weise hinreichend rasch einen entsprechenden Contractionszustand des Uterus und damit die Blutstillung des Uterus zu erreichen. Die Uteruswände waren trotz energischer Reibung nicht dazu zu bringen, sich der eingeführten Faust anzulegen, blieben vielmehr wie schlaff geblähte Segel weit abstehend und die Uterushöhle nach wie vor von unheimlicher Weite. In derartigen Fällen zögerte daher K. nicht lange, wenn auch der Wärmereiz einer heissen Scheide-, bezw. Uterus-Irrigation nicht zum gewünschten Ziele führte, die intrauterine Tamponade mit Jodoformgaze auszuführen. Die bimanuelle Compression im Anschlusse an letztere vorzunehmen, sah sich K. bisher nicht veranlasst, da er es vorzog, bei Erfolglosigkeit der ersten Tamponade dieselbe sofort durch eine zweite und event. sogar noch durch eine dritte zu ersetzen.

Als Complicationen, bezw. zur Atonie disponirende Momente sind vor allem Placenta praevia sowie tiefer greifende Cervixrisse und Zerreissungen der Gebärmutter zu nennen. Die Gefahr des Zusammentreffens derartiger Ereignisse liegt in der Summirung des Blutverlustes, welcher leicht die zulässige, individuell allerdings verschiedene Grenze überschreitet. In gleicher Weise wären anhaltende, vorausgegangene Blutverluste in Folge vorzeitiger Lösung der Placenta, sowie Fälle von Atonie bei Frauen, welche in Folge anhaltender Metrorrhagien bei verzögertem oder unvollständigem Ablaufe einer Fehlgeburt bereits ausgeblutet sind, zu beurtheilen. Die Nothwendigkeit, derartige Complicationen für sich sachgemäss zu behandeln, ergiebt sich von selbst. Desgleichen müssen mit Rücksicht auf die Prophylaxe der Atonie die häufigsten Ursachen dieses Zustandes sorgsam beachtet werden. Als solche sind: ein abnorm rascher Geburtsverlauf, übermässige Ausdehnung der Gebärmutter durch übergrosse Früchte, Hydramnios oder Zwillinge, Placenta praevia, endlich Wehenschwäche, welche sich in der Nachgeburtsperiode fortsetzt, die bekanntesten.

Die Frage, ob zum Zwecke der manuellen Placentalösung Narcose eingeleitet werden könne, fällt dadurch, dass hierzu bei schweren Blutungen keine Zeit übrig bleiben dürfte. Durch diese Sachlage begründet, wurde die grösste Zahl der Placentalösungen an der Prager Klinik ohne Narcose ausgeführt. In prophylactischer Beziehung wird es sich jedenfalls empfehlen, einerseits langdauernde Narcosen zu vermeiden, und andererseits bei operativ zu beendigenden Entbindungen, wenn nicht besondere Eile drängt, sich mit der Extraction der Frucht Zeit zu lassen, endlich rechtzeitig vom Ergotin Gebrauch zu machen. Mit Rücksicht auf den letztgenannten Punkt hält K. an der Gepflogenheit fest, vor jeder Extraction, wo möglich schon 10 Minuten vor Beendigung der Operation 2 Spritzen Ergotin subcutan zu verabreichen; um möglichst rasch die erwünschte Wirkung zu erzielen, darf man die Dosis nicht zu knapp bemessen, Gefahr liegt ja doch keine vor, selbst in der rasch aufeinander folgenden Application von 4—5 Spritzen, auch des unverdünnten Präparates.

Ein Fehler, der vielfach begangen wird, besteht darin, dass der Uterus allzu viel gequetscht und allzu oft ausgedrückt wird, sobald sich in seiner Höhle nur etwas mehr Blutgerinnsel als gewöhnlich angesammelt haben. Damit wird er allerdings weich und steigt etwas in die Höhe, blutet es dabei aber nicht oder nur unbedeutend, so lasse man die Gebärmutter in Ruhe, massire also weder fortwährend, noch zu energisch, am allerwenigsten aber löse man die in Bildung begriffenen Thromben dadurch immer wieder ab, dass man den Uterus unausgesetzt exprimirt. Die Expression der Gebärmutter ist angezeigt, wenn dieselbe durch Gerinnsel abnorm stark ausgedehnt erscheint und gleichzeitig

flüssiges Blut abgeht. Dann müssen die Coagula, welche als Fremdkörper wirken und dadurch den Uterus an seiner gehörigen Zusammenziehung verhindern können, durch die Expression entfernt werden. In vielen Fällen wird nun bei entsprechender Contraction des Organes die Blutung stehen. Wenn nöthig, soll die Extraction wiederholt werden, dies aber nicht öfters als ein zweites Mal. Wenn dabei abermals grosse Blutklumpen abgehen und der Uterus darnach keine Tendenz zeigt, klein und hart zu bleiben, muss unbedingt die Uterusinnenfläche, sei es durch manuelle Lösung zurückgebliebener Eitheile und Entfernung der oft massenhaft wieder angesammelten Blutmassen, oder durch eine intrauterine Irrigation oder durch die Tamponade zum Angriffspunkte der Behandlung gewählt werden.

Was die intrauterine Irrigation anbetrifft, so ist K. der Ansicht, dass die Gefahren derselben vielfach unterschätzt werden. Als ganz ungefährlich kann eine solche auch bei exactester Beobachtung aller Vorsichtsmaassregeln nicht angesehen werden. Doch bietet sie unter Umständen ein werthvolles Hülfsmittel bei der Bekämpfung atonischer Blutungen und behält unter diesen daher ihren berechtigten Rang. Nur indifferente Flüssigkeiten, abgekochtes Wasser, sterile Kochsalzlösung oder schwache Lösungen von Kal. hypermang., dürfen zu den Spülungen verwendet werden und die Gefahr einer Luftembolie wird nur bei grösster Umsicht zu vermeiden sein. K. verwendet stets auf 40° R. abgekühltes, abgekochtes Wasser, welches mit einigen Tropfen einer concentrirten Lösung von Kali hypermang. schwach roth gefärbt wird.

Wenn die intrauterine Irrigation versagt, schreitet man unverweilt zur intrauterinen Tamponade, welche genau nach D ü h r s s e n's Vorschrift ausgeführt, mit der prallen Ausstopfung der Scheide mittels Wattekugeln abgeschlossen wird. K. kann sich der Ansicht nicht entziehen, dass dieses Verfahren in vielen Fällen lebensrettend wirkte. Bei schwerer Blutung in Folge anscheinend mangelhafter Gerinnungsfähigkeit des Blutes möchte K. zu einer letzten Tamponade des Utero-Vaginal Canales sterile Eisenchloridgaze bezw. Watte empfehlen.

K. macht ferner auf die schon von H e n k e l empfohlene Compression der Aorta von den Bauchdecken aus aufmerksam und glaubt, dass dieser Handgriff weniger bekannt und in Uebung ist, als er es verdient. Diese Art der Blutstillung ist eine sichere, exact auszuführen jedoch keineswegs einfach. Die Aorta bis zur Unwegsamkeit, u. zw. durch 5—10 Minuten zu comprimiren, erfordert Geschick und Ausdauer. Am besten hat K. noch gefunden, beide Hände gleichzeitig zu benützen, indem die Aorta dann der Compression weniger leicht entschlüpft.

Die Kochsalzinfusionen, zur richtigen Zeit angewendet, schätzt K. aus Ueberzeugung und versäumt es nicht, den hierzu nöthigen compendiösen Apparat stets in sterilem, sofort ge-

brauchsfertigem Zustande zu jeder Geburt mitzunehmen. Die Anwendungsweise der subcutanen Kochsalzinfusionen ist häufig eine irrationelle; wenn bei einer ausgebluteten Frau, wo der Uterus sich eben contrahirt hat und die Blutung steht, eine solche gemacht wird, führt die rasch resorbirte Flüssigkeit nur zu einer unerwünschten Verdünnung des Blutes. Steigt nun noch der Druck im Gefässrohr, und das kann sehr bald nach einer derartigen Infusion beobachtet werden, so werden leicht die inzwischen gebildeten Thromben gelöst werden, und die Blutung setzt aufs neue ein. Infusionen soll man nur dann anwenden, wenn man thatsächlich Verhältnisse geschaffen hat, die einen sicheren Gefässverschluss garantiren.

Verf. schliesst seine verdienstvolle Arbeit mit den schönen Worten Breisky's: „Die Behandlung der atonischen Blutungen ist zum guten Glück zu den dankbarsten Leistungen der ärztlichen Praxis zu zählen; nicht nur, weil es feststeht, dass in der weitaus grössten Mehrzahl der Fälle die drohende Catastrophe des Verblutungstodes verhütet wird, sondern wesentlich deshalb, weil hier der ursächliche Zusammenhang zwischen ärztlicher Leistung und günstigem Erfolg in einer so unzweifelhaften Klarheit zu Tage tritt, dass wir als sicheren Lohn erfolgreicher Arbeit das Bewusstsein davontragen, ein Menschenleben gerettet zu haben." (Prager med. Wochenschr., 1902, Nos. 33, 35, 36, 37 u. 39.)

3) R. Chrobak: *Zur Tamponade des puerperalen Uterus.*

Was die Blutungen aus Cervixrissen anlangt, so steht Ch. auf dem Standpunkte, dass alle Risse, welche der Naht ohne Gefahr zugänglich sind, auch durch diese vereinigt werden müssen; sie bildet das einzige Mittel für die Restitutio in integrum. Der frisch entbundene Uterus lässt sich fast immer so weit herabziehen, dass man bei Rissen, welche nur die Cervix betreffen, den oberen Winkel sichtbar und der Naht zugänglich machen kann. Die Tamponade des ganzen Uterus, welche seit der Empfehlung durch Dührssen ungemein grosse Bedeutung gefunden hat, stellt jenes Verfahren dar, welches über Gebühr gelobt und unverdient zurückgesetzt, den practischen Geburtshelfer in die Lage bringen soll, jeder atonischen Blutung Herr zu werden. Der Glaube an die Sicherheit dieses Verfahrens aber mag öfters den üblen Ausgang verschuldet haben, und scheint es Ch., dass so mancher im blinden Vertrauen auf die Tamponade nicht mit der nothwendigen Exactheit all das ausgeführt hatte, was in den allermeisten Fällen zur Stillung der Blutung, beziehungsweise zur Verhütung der Atonie, genügt hätte. Misserfolge der Tamponade sind zu wiederholten Malen beobachtet worden, was nicht zu verwundern ist, da es oft genug an jener, für die Wirksamkeit der Tamponade nöthigen Voraussetzung — der Gerinnungsfähigkeit des Blutes fehlt, welche durch die Verwendung

der Jodoformgaze nicht beeinflusst wird. Diese Erwägungen sind wohl geeignet, das Vertrauen auf die unfehlbare Wirkung der Tamponade zu erschüttern. Andererseits aber hatte die Tamponade in vielen Fällen Erfolg, und wenn man bedenkt, dass jeder Geburtshelfer oft für Ereignisse eintreten muss, welche ein Anderer heraufbeschworen hat, in welchem Falle der Hinweis auf frühere Versäumnisse nichts hilft, dass ihm auch jedes Mittel willkommen sein muss, welches noch Aussicht auf Erfolg eröffnet, so würde es Ch. bedauern, wenn man es dem angehenden Arzte versagte, die Tamponade des Uterus kennen und üben zu lernen.

Wenn aber tamponirt wird, dann ist zu verlangen, dass dies exact und richtig geschieht. Man stellt sich hierzu die Portio entweder mittels Platten- oder Röhrenspiegeln ein, oder man zieht die Portio bis in die Vulva herab. Im ersteren Falle ist man gezwungen, den tamponirenden Streifen mittels einer Kornzange oder eines Gazestopfers in die Uterushöhle zu bringen, was einerseits den Vortheil der geringeren Infectionsgefahr, andererseits aber den Nachtheil besitzt, dass mit der Kornzange Verletzungen erzeugt werden können und die genaue Ausfüllung der Uterushöhle Schwierigkeiten begegnet, wie es Ch. in einem Falle, den er genauer anführt, gesehen hat. Hat man dagegen die Portio bis in den Scheideneingang herabgezogen, so kann man oft wenigstens mit dem Finger den Fundus erreichen und den Gazestreifen an die Gebärmutterwand anlegen und so die Uterushöhle sicher genauer ausfüllen, als es mit der Zange möglich ist. Immerhin ist aber die Gefahr im Auge zu behalten, welche dadurch entstehen kann, dass der während der Tamponade contrahirte Uterus nachträglich erschlafft, wodurch sich seine Wand von der Gaze abheben und eine neuerliche Blutung gewissermaassen in vacuum hinein stattfinden könnte. Darnach ist auch nach der Tamponade der Zustand des Uterus sorgfältig zu überwachen, seine Contraction durch zarte Reibungen und durch Secale zu erhalten. Gefehlt ist es aber bei dem tamponirten, wie bei dem nichttamponirten Uterus, zu energische Knetungen vorzunehmen, welche leicht weiche und nicht festhaftende Blutgerinnsel von den Gefässen losschieben und hiermit eine neue Blutungsquelle eröffnen könnten.

Therapeutische und klinische Notizen.

— *Augenärztliche Erfahrungen mit Collargolum (Argentum colloidale* Credé), *insbesondere bei Ophthalmia gonorrhoica* ist eine interessante Arbeit von Wolfberg betitelt, welcher Folgendes entnommen ist: Das Collargolum ist für den Augenarzt ein relativ neues Mittel; die Aufmerk-

samkeit der Ophthalmologen wurde erst kürzlich durch Daxenberger und durch Schanz auf dasselbe gelenkt; beide empfehlen es zu Versuchen bei Ulcus serpens corneae. Schanz warnt vor dem Zusatz von Ad. suilli; es entsteht dann leicht fettsaures Silber, die Salbe wird ranzig und bewirkt starke Reizzustände. W. benützte nach einer Vorschrift eine Salbe (2 proc.) mit Ad. lanae 1,0 Vasel. am. alb. ad 10,0, die sich vortrefflich hält. Uebrigens ist in der von der Klin.-therap. Wochenschr. (1898, 14) mitgetheilten Vorschrift für die Bereitung des Ung. Credé (i. e. Collargoli) von Ad. suilli keine Rede: es werden 15 g Collargolum (kleine, harte, aber leicht bröcklige Stücke, die auf dem Bruch metallischen Glanz zeigen) mit 5 ccm Wasser möglichst fein zerrieben, dann mischt man in der Reibschale ganz wenig Adeps hinzu, hierauf 10 g Aether benzoatus und zuletzt Adipis ad 100,0. Das Adeps ist mit 10 Proc. Wachs versetzt; die Salbe ist kühl aufzubewahren.

Ein Mittel, welches bei völliger Ungiftigkeit durch blosse wiederholte Einreibungen in die Haut bacterienhemmend wirkt, wird wohl jeder Ophthalmologe, der über ein grösseres poliklinisches Material verfügt, gern gelegentlich erproben. So hat auch W. seit 6—8 Monaten diese Einreibungen bei verschiedenen, durch besondere Langwierigkeit ausgezeichneten Krankheiten versucht, ohne indessen zu bemerkenswerthen Resultaten gekommen zu sein, da es undurchführbar war, sich auf die Collargoltherapie allein zu beschränken, und bei gleichzeitiger Anwendung anderer Mittel überzeugende Schlüsse auf die Wirksamkeit gerade des Collargols nicht gezogen werden konnten. Ohne besonderen Grund, nur experimenti causa, bei gefährlicheren Krankheiten, wie Blenorrhoea neonatorum, Ophthalmia gonorrhoica, Ulcus corneae serpens etc. eine altbewährte Therapie zu verlassen, hat W. niemals für gerechtfertigt gehalten. Nur der Zufall war es, der ihn das Collargol in einem Fall von gonorrhoischer Conjunctivitis sozusagen aufzwang und dadurch auch die Indication für andere Erkrankungen an die Hand gab. W. nennt es einen Zufall, weil der betr. Kranke zunächst mit den Zeichen eines wenig oder gar nicht secernirenden Conjunctivalcatarrhs in Behandlung trat und die Diagnose der gonorrhoischen Affection erst gestellt wurde, nachdem die bei letzterer sonst als wirksam anerkannten Mittel bereits vergeblich gegen den vermeintlichen acuten Catarrh angewandt worden, so vergeblich, dass sie nicht im Stande waren, die floride Entwickelung des gonorrhoischen Processes zu hindern. Es blieb dann in der That nichts übrig, als das Unguentum Credé anzuwenden, was denn auch mit glänzendem Erfolge geschehen ist, wie der Fall beweist.

Der Handlungsgehilfe O. P., 20 Jahre alt, kam am 20. August 1902 in die Sprechstunde und klagte über Thränen und Drücken des linken Auges. Das Auge schwamm in der That in Thränen, die Ränder waren geröthet, kaum geschwellt, Lidschlag etwas vermehrt. Die Conjunctiva des ganzen Bindehauttractus inclusive des Bulbus war gleichmässig engmaschig injicirt, schmutzigroth; die Venen in der Tiefe der Uebergangsfalte stark gefüllt, durchschimmernd. Kein Secret. Cornea intact; das andere Auge völlig normal. Hydr. oxycyan. (0,02 proc.) zu Eintrau

felungen und Waschungen. W. selbst strich Itrolsalbe (2 proc.) ein. Nachmittags war der Status unverändert.

21. August. Links schleimiges Secret, rechts leichtes Drücken und Thränen. Nur Auswaschungen mit Oxycyanat. Nachmittags: Rechts wieder völlig normal. Links: stärkere schleimig-eitrige Secretion. Die Conjunctiva bulbi noch stärker injicirt, etwas geschwollen. Itrolsalbe.

22. August. Rechts normal; Links: Schwellung der Lider, stärkere Röthung des gesammten Bindehauttractus. Vermehrtes Secret, jetzt auch unter dem Oberlide. Protargol (10 proc.; frigider et recenter paratum).

Das Vorhandensein einer Gonorrhoe war bisher strict in Abrede gestellt worden, die Untersuchung des Augen-Secrets auf Kokken war negativ ausgefallen. Trotz alledem drängte der Verlauf zu der Annahme einer Infection, als deren Quelle denn auch bei objectiver Untersuchung trotz des Leugnens des Patienten eine floride Gonorrhoe bei ihm festgestellt wurde. Nachmittags: Status idem.

23. August. Lidschwellung und Secret stärker. Wiederum Protargol. Da Nachmittags der Zustand weiter zum Schlimmen sich gewendet hatte, auf der Cornea innen oben ein Infiltrat sich zeigte, wurde von der Protargoltherapie Abstand genommen. Die Bindehaut der Conj. tarsi zeigte graulichen Schimmer, wie von croupösem Belag; Argentum nitr. schien deshalb contraindicirt. Es wurde noch einmal Itrol angewandt; im übrigen Oxycyanat und Eis gegeben und Aufnahme in die Klinik empfohlen.

24. August. Der Zustand nach jeder Richtung verschlimmert: Chemosis, das Hornhautinfiltrat grösser; Drüsen an der linken Halsseite fühlbar. Aufnahme in die Klinik 10 Uhr Vormittags und von nun ab, zunächst viertelstündlich, Säuberung und Controlle der eingeschlagenen Collargoltherapie durch W. selbst. Von frisch bereiteter Credé'scher Salbe wurde mittelst Glasstäbchens (ohne Knopf) eine etwa bohnengrosse Menge hoch in den oberen Bindehautsack hineingebracht, ohne das Lid zu evertiren, dasselbe wurde nur etwas ab- und hochgezogen und sofort nach dem Einbringen der Salbe losgelassen, so dass die Salbe sich über die ganze Cornea (das Infiltrat) ausbreitete; ein am Stäbchen haftender Rest wurde in den unteren Bindehautsack gestreift und nun vorsichtig massirende Bewegungen des Oberlides über dem Augapfel ausgeführt. Sodann trockene Watte durch Bindentour über dem Auge befestigt; Eishandtuch. Die Credé'sche Salbe hielt W. in 2 Arten vorräthig, eine mit Atropin 0,05:10,0 ung. Credé versetzt, eine ohne Atropin. Erstere wandte W. zunächst an.

Der Erfolg war in Anbetracht der bis dahin absolut wirkungslosen Therapie direct verblüffend, und dass er thatsächlich nur dem Unguentum Credé zuzuschreiben war, erwies sich nach verschiedentlich angestellten Modificationen der Eis-Atropin-Oxycyanat-Behandlung, nämlich mit und ohne Ung. Credé, als zweifellos. Bereits nach einer Viertelstunde hatte die Lidschwellung abgenommen; die Lider waren weicher, Chemosis geringer, die Cornea klarer, das Infiltrat schärfer begrenzt, die Pupille ad maximum dilatirt; das Secret nur mässig reichlich, durch Beimischung der Salbe mehr grau gefärbt. Ob bei reichlicherem Secret, wie überhaupt

in anderen schwereren Fällen, das Collargol ebenso günstig wirken würde, muss W. dahingestellt lassen. Dem Umstande entsprechend, dass das Collargol häufig wiederholte Einreibungen verlangt, hat W. anfangs halbstündlich, dann stündlich, schliesslich 3 stündlich die Einreibungen gemacht, und so lange die Pupille weit war, reines Collargol ohne Atropin verwendet.

Es erübrigt noch den Verlauf genauer von Tag zu Tag anzugeben, denn die Besserung war ununterbrochen, so lange W. diese Therapie beibehielt; eine sofortige Verschlimmerung trat ein, als er zwischendurch einmal ohne Collargol, einmal mit Ichthyol, Protargol, Cuprum citricum und Itrol Versuche machte. Diese Verschlechterung wich sofort bei erneuter Anwendung des Collargols. Eis schien unentbehrlich zu sein, mindestens wurde es sehr angenehm empfunden.

Am Schlusse seiner interessanten Arbeit weist W. noch auf den Werth der C r e d é'schen Salbe für die Behandlung der Mesokeratitis (Keratitis parenchymatosa interstitialis) mit und ohne Gefässbildung hin. Am besten ist es, der Salbe gleich den erforderlichen Atropingehalt zu geben und sie zwei- bis dreimal täglich, auch öfter, in den Bindehautstock zu bringen und mittels des Oberlides in die Hornhaut einzureiben. Die hierdurch nur mässig beeinflusste Lichtscheu, sowie heftiges Thränen pflegen auf Aspirin, dreimal täglich 0,5, wesentlich nachzulassen. (Wochenschrift f. Therapie u. Hygiene des Auges, 1902, No. 50.)

— Ueber das *Aspirin* äusserte sich San.-Rath Dr. G ö r g e s, Chefarzt des Elisabeth-Kinderhospitales in Berlin in einer Sitzung (28. Mai ds. Jhrs.) der Berliner medicinischen Gesellschaft dahin, dass er sagte, er habe bei Aspirin dergleichen Erscheinungen, wie man sie nach den Salicylpräparaten beobachtet, nie gesehen. Er hat es monatelang verabreicht, ohne dass Störungen des Allgemeinbefindens und solche von Seiten des Magens aufgetreten wären. In über 100 Fällen, die mit Aspirin behandelt waren, trat nur einige Male bei Kindern Erbrechen ein, dies war auch zuweilen bei erwachsenen empfindlichen Personen der Fall. Indicirt ist das Mittel in erster Linie bei allen rheumatischen Erkrankungen, bei Endocarditis und Neuralgie auf rheumatischer Basis. Unter den zahlreichen Fällen von Gelenkrheumatismus hat G. 20 Fälle genau beobachtet; bei allen diesen trat sofort auf Aspirin absoluter Abfall des Fiebers und Abnahme der Schmerzen ein, auch bei dem Vorhandensein ernster Complicationen. Die Krankheitsdauer betrug bei den meisten Kindern vier Wochen und lag sonst zwischen den Grenzen von acht Tagen und sechs Wochen. Sehr günstige Erfahrungen hat Vortr. in letzter Zeit mit Aspirin bei acutem Gichtanfall gemacht; schon nach viermaligen Dosen konnte dieser gänzlich beseitigt werden, gut waren die Erfolge auch bei seröser Rippenfellentzündung. Was die Dosirung anlangt, so verabfolgte G. kleineren Kindern bis zu 4 Jahren 3—4 mal täglich 0,5 g, bei 6—10jährigen gab er 3 mal täglich 1,0 g. Unter dieser Behandlung, die noch durch hydropathische Einwickelungen unterstützt wurde, ging das Fieber meist am 3. Tage schon zur Norm zurück und die Kinder erholten sich dann zusehends, die Herzthätigkeit hob sich, der Puls wurde voller und die

Athmung freier; dieselbe günstige Wirkung war bei rheumatischen Herzaffectionen zu verzeichnen, die subjectiven Beschwerden nahmen mehr und mehr ab, um nach längerem Gebrauch des Mittels ganz zu verschwinden. Einen ungeahnten Erfolg hat G. noch bei einer anderen exquisiten Kinderkrankheit von Aspirin gesehen, bei der Chorea minor; bis jetzt liegt eine bezügliche Publication von Seiten zweier französischer Autoren, Besancon und Paulesco, vor. (Journal de la médecine interne No. 7, 1901). — Auch Vortr. ist zur Aspirinbehandlung bei Chorea minor übergegangen. Im Ganzen wandte er es bei 10 Patientinnen an; die Heilung nahm 11 Tage bis höchstens 3 Wochen in Anspruch. Bei der Anordnung: 5 Tage lang 3 mal täglich à 1,0 g Aspirin, 1 Tag Pause, darauf wieder 5 Tage lang 3 mal täglich à 1,0 g war der Erfolg auch bei besonders schweren Fällen ein eclatanter. Bei der bisher üblichen Behandlung nahm die Heilung gewöhnlich 3 Monate in Anspruch. (All gem. med. Central-Zeitung, 1902, No. 46.)

Ueber ein specifisches Purgans vor und nach einem chirurgischen Eingriff bei Appendicitis. Bei der Discussion über die Appendicitisfrage theilt Dr. John Young Brown, vormaliger Präsident der Mississippi Medical Association mit, dass er sich seit Jahren zur gründlichen Ausräumung des Darmcanales in den ersten Stadien des *Apenta-Wassers* bediene und dass sich dasselbe bei seinen diesbezüglichen Versuchen und Beobachtungen vollkommen bewährt habe. Die Wirkung des Apenta-Wassers ist nach seiner Erfahrung eine milde, verlässliche und kräftige; niemals allzu heftig, reinigt es den Darm vollkommen und macht ihn durchgängig. Es ist überraschend, wie prompt ein halbes Glas Apenta-Wasser das gewünschte Resultat herbeiführt, wenn man den Patienten vor und nach dem Gebrauch desselben ein Glas heisses Wasser trinken lässt. Das Apenta-Wasser verursacht weder Schmerz, noch hat es sonst irgend eine unangenehme Folge. (Medical Mirror in St. Louis, 1902, No. 2 und Allgem. Wiener med. Zeitung, 1902, No. 37.)

Kleine Mittheilungen.

— Schweninger *und seine Berufung als Professor der Geschichte der Medicin.* Bekanntlich erhielt Prof. Schweninger, Bismarck's früherer Leibarzt, einen Lehrauftrag für Geschichte der Medicin und für allgemeine Pathologie und Therapie an der Berliner Universität. Wenn man sich seiner Zeit schon sehr wundern musste, dass ein Mann wie Schweninger, der durch seine Münchener Kirchhofaffaire als Mensch schon genügend gekennzeichnet war und in wissenschaftlicher Beziehung so gut wie Nichts geleistet hatte, zum Professor ernannt wurde, so konnte es bei der nunmehrigen Berufung Schweninger's zum Professor der Geschichte der Medicin nicht fehlen, dass sich in der medicinischen Welt ein gewaltiger Sturm der Entrüstung erhob. Der Berliner Correspondent der Allgem. Wiener med. Zeitung giebt folgenden Commentar:

„Gefühle anderer Art sind es, mit denen die Umsattelung des Prof. Schweninger und sein Scheiden aus der dermatologischen Klinik der Charité begleitet werden. Es bestätigt sich, dass er freiwillig, wenn auch durch die Umstände gezwungen, auf dem ihm vor achtzehn Jahren unter so seltsamen Umständen ertheilten Lehrauftrag für Dermatologie verzichtet und beim Cultusminister die Ueberweisung eines anderen Lehrgebietes beantragt hatte. Er erbat sich die allgemeine Pathologie und Therapie, indem er darauf hinwies, dass er schon seit Jahren neben der dermatologischen Klinik Colloquien über allgemeine Pathologie und Therapie gehalten habe. Wie oft diese Colloquien zu Stande gekommen sind, entzieht sich freilich der öffentlichen Kenntniss, da er sie immer privatissime abhielt und „in noch zu bestimmenden Stunden" ankündigte. Wie es heisst, sollen sie nur von Ausländern besucht worden sein. Immerhin ergriff der Cultusminister gerne die Gelegenheit, Herrn Schweninger aus der Charité „hinauszubugsiren" und ihm die Behandlung von Kranken an einer staatlichen Heilanstalt zu entziehen. Freilich musste diese Entbindung durch eine andere Concession erkauft werden, da Herr Schweninger doch nun einmal ausserordentlicher Professor war. Daher wurde seinem Gesuche willfahrt und ihm als neuer Lehrauftrag ein ganz theoretisches Fach übertragen: die allgemeine Pathologie und Therapie nebst der Geschichte der Medicin. Beide Fächer waren unter August Hirsch, dem Verfasser des berühmten „Handbuches der historisch-geographischen Pathologie", an der Berliner Universität vereinigt und sind erst später getrennt worden. Den Lehrauftrag für Geschichte der Medicin erhielt Prof. Pagel, der durch die Umsattelung Schweninger's wenig tangirt wird; denn wer ernstlich medicinisch-historische Studien treiben will, wird doch zu Pagel gehen und nicht zu Schweninger. Den Lehrauftrag für allgemeine Pathologie und Therapie hatte Prof. Brieger inne, doch dieser hat sich nach seiner Ernennung zum Director des neubegründeten hydrotherapeutischen Institutes der Universität mehr den physicalischen Heilmethoden zugewendet, so dass in der That der Lehrauftrag für allgemeine Pathologie und Therapie vacant war. Die Uebertragung desselben an Schweninger ist vorzugsweise auch aus dem Gesichtspunkte erfolgt, dass er hier keinen Schaden an Kranken anrichten kann, und dass kein Student gezwungen ist, dieses Colleg zu hören.

So ist die Unterrichtsverwaltung aus einer Verlegenheit gekommen, hat Herrn Schweninger seinen Willen gethan und ihn dabei doch vollständig kalt gestellt. Wenn es diesem im Laufe von achtzehn Jahren, während deren er die dermatologische Klinik in Berlin geleitet hat, nicht gelungen ist, sich in dieses Fach einzuarbeiten, so ist wohl anzunehmen, dass er auf dem ungemein schwierig zu bearbeitenden Gebiete der Geschichte der Medicin in weiteren achtzehn Jahrn auch keine Lorbeeren ernten wird. Es ist etwas Anderes, in öffentlichen oder Studenten-Versammlungen gelegentlich einmal Plaudereien über die Moden und Wandlungen in der Heilkunde vorzutragen, als im Auditorium streng wissenschaftliche Untersuchungen über medicinische Historie anzustellen. War die Zuhörerzahl des Herrn Schweninger bisher schon eine sehr bescheidene, so wird sie künftighin noch geringer werden. Die Aerzte aber,

welche im letzten Winter mit ihrem Feldzug gegen Schweninger als Leiter des Lichterfelder Kreiskrankenhauses abgefallen waren, haben jetzt nachträglich durch den Minister eine unverhoffte Genugthuung erfahren."

In ganz ähnlicher Weise spricht sich der Berliner Correspondent der Münchener med. Wochenschrift (1902 No. 32) aus. Letzterer wird ferner noch Folgendes geschrieben: „Die Kreuzzeitung hat Recht. Dass Schweninger auf dem Gebiete der Medicin noch nichts geleistet hat, trifft nicht zu. Er hat im S.-S. 1902 in einem Berliner studentischen Verein einen Vortrag über „Medicinische Moden" gehalten, d. h. abgelesen, damit man ihm nicht wieder etwas nachreden könne, was er nicht gesagt habe. Dieser Vortrag ist in der „Zukunft" No. 39 vom 28. Juni 1902 abgedruckt. Dort heisst es auf S. 504 (Anfang des zweiten Absatzes): „Wer nun nicht die Zeit oder die *Fähigkeit* zum Historiographen hat — und ich bekenne offen, dass beides mir fehlt — „Sapienti sat." (1902 No. 36.)

Ferner trifft die Nachricht ein, dass die Hauptversammlung der Deutschen Gesellschaft für Geschichte der Medicin, die im Anschluss an die Naturforscherversammlung in Karlsbad stattfand, sich ebenfalls mit der Berufung Schweninger's an die Berliner Universität befasste und folgende Entschliessung annahm: Die Hauptversammlung spricht über den jüngst erfolgten Lehrauftrag für Geschichte der Medicin an einen in diesem Fach durchaus Unbewährten ihr Bedauern aus und geht hiermit zur Tagesordnung über.

Zu guterletzt wäre vielleicht noch zu erwähnen, dass sich nunmehr auch die Witzblätter der Affaire Schweninger bemächtigt haben. Eine Illustration zeigt Schweninger im tête à tête mit einer Dame. Darunter ist Folgendes zu lesen:

Dame: „Sie sind also jetzt Professor für die Geschichte der Medicin, — ist denn das Ihr Specialfach?"

Schweninger: „O gewiss, meine Gnädige, in der Medicin sind keinem so viele Geschichten passirt, wie mir!"

— *Verzogen*: Dr. F. E. D'Oench nach 49 Ost 58. Strasse und Dr. A. Sturmdorf nach 51 West 74. Strasse.

New Yorker

Medicinische Monatsschrift.

Officielles Organ der

Deutschen Medicinischen Gesellschaften der Städte New York, Chicago, Cleveland und San Francisco.

Redigirt von Dr. A. Ripperger.

Bd. XIV. New York, October 1902. No. 10.

ORIGINALARBEITEN.

Ein Fall von schwerer Verbrennung mit hydriatrischen Bemerkungen zur Behandlung der Brandwunden.

Von Dr. Friedrich Grosse, New York.

Bei dem heutigen glanzvollen Stande der Chirurgie über Behandlung von Wunden zu schreiben, mag Vielen vermessen und überflüssig erscheinen, da die Principien, welche bei derselben maassgebend sind, so fest und wohldefinirt sind, wie die Normalgewichte und Maasse in den Gewölben der Regierung in Washington. Ein solches Vorgehen mag noch sonderlicher erscheinen, wenn man nicht ein neues Heilmittel empfehlen kann, das noch besser wirkt, als die bisher bekannten. Gleichwohl ist es gewiss nicht unangebracht, von Zeit zu Zeit, wie nämlich die biologischen Wissenschaften und die Therapie auf allen Gebieten fortschreiten, von den neugewonnenen Gesichtspunkten aus die alten Anschauungen und Methoden zu revidiren. Halten sie bei dieser Prüfung stand, umso besser; wenn nicht, so müssen sie modificirt werden.

Wenn auch die grosse Chirurgie in rapidem Fortschreiten begriffen ist und täglich neue Wunder vollführt, wenn auch der Verlauf von aseptischen Operationswunden so ideal ist, dass die prima intentio und der Ausschluss von Wundkrankheiten einfach als selbstverständlich gilt, so wird doch jeder in der allgemeinen Praxis Stehende zugeben, dass eigentlich in der Behandlung inficirter Wunden, auch wenn sie infolge der Errungenschaften

der Bacteriologie ganz ohne Zweifel bessere Resultate geben, als je zuvor, ein Fortschritt in der letzten Zeit nicht mehr zu verzeichnen ist. Wir können auch heute noch nicht aus einer inficirten Wunde mit absoluter Sicherheit eine aseptische machen, und noch viel weniger können wir den Verlauf der Granulation und der Ueberhäutung mehr beschleunigen, als es gerade der Constitution des Individuums und äusseren Factoren gefällig ist.

Wenn wir die Lehrbücher der Chirurgie durchblättern, so sehen wir, dass die Behandlung der Brandwunden sich in den letzten 20—30 Jahren in nichts geändert hat, ausser dass die zur Application kommenden Pulver, Salben u. Verbandwässer modernere Namen haben. Und weiter werden wir constatiren, dass die verschiedenen Autoren, sogar der verschiedenen Länder auffallend einmüthig sind. Gleichwohl kann man auch gute Resultate erzielen durch ein Vorgehen, das nicht in allen Punkten mit den bisherigen Regeln übereinstimmt, in dem vielmehr die Behandlung nach Principien durchgeführt wird, welche einer, fast möchte man sagen diametral gegenüberstehenden Disciplin entlehnt sind, indem die Behandlung — ohne Verstoss gegen die Fundamentalideen der Antisepsis — nach hydriatrischen Gesichtspunkten geleitet wird.

Ich werde zunächst einen so behandelten Fall beschreiben und im Anschluss daran die alten Leitsätze und die hydriatrischen Gesichtspunkte besprechen.

Jakob S., geb. 1898, steckte sich am 7. Juli die Kleider mit einem Streichholz an und verbrannte sich so Gesicht, Hals, Brust und beide Hände, theilweise bis zur vollen Zerstörung des Stratum papillare. In der Aufregung wurde nach einem Nachbarcollegen und mir gesandt, und wir trafen zu gleicher Zeit am Krankenbett ein, nachdem bereits Kalkwaser mit Leinöl applicirt war. Der College war für Fortsetzung des Carronöles, während ich feuchte Verbände mit ½ pro mille Chinosollösung empfahl, was auch einige Tage gethan wurde, dann ging der College zu Salbenbehandlung über, bis er am 5. August erklärte, dass ohne Transplantation eine Heilung nicht möglich sei. Da ein Colloquium mit mir wiederholt abgeschlagen wurde, brachten die Eltern den total heruntergekommenen Knaben am 6. August in meine Office, um zuvor meine Meinung einzuholen. Ich erklärte, dass ich hoffe, eine gleich schnelle und gleich gute Ueberhäutung ohne Operation, wenn vielleicht nicht ganz, so doch zum grössten Theile erzielen zu können, so dass schliesslich eine eventuell doch nothwendige Transplantation weniger ausgedehnt sein

würde, und dass dann auch der Allgemeinzustand des Knaben sich wesentlich gehoben haben würde. Daraufhin ging das Kind in meine Behandlung über.

Status praesens: Frische, geröthete, unregelmässige Narben in den unbehaarten Partien hinter den Ohren, links 1 cm in die behaarten Theile übergreifend. Die Ränder beider Ohren in grösserer Ausdehnung fehlend und mit unregelmässigen Conturen, das linke crus helicis noch offen und nur theilweise und schlecht granulirend. Innere und äussere Flächen beider Ohren mit frischer Haut. Beide Wangen, das Kinn und die Partien unter dem Unterkiefer bilden eine fortlaufende Wundfläche, die an der schmalsten Stelle 4, meist aber 7 cm breit ist. Der Wundrand verläuft rechts in der Höhe des äusseren Augenwinkels, reichlich die zwei äusseren Drittel der Gegend zwischen Auge und Ohr einnehmend. Er bleibt vom rechten Mundwinkel 1 cm und von dem Saume der Unterlippe und dem linken Mundwinkel 0,4 cm entfernt. An der linken Schläfe geht die Grenze in der Höhe des crus helicis bis zum Ohre. Ausserdem zieht über der Horizontalen noch eine Wunde von 2,5:0,5—0,8 cm nach aufwärts.. Vom rechten Ohre bleibt der Wundrand gegen 1 cm entfernt und verläuft am Halse genau in der Beugelinie. Auf der Brust befinden sich rechts von der 3., links von der 2. Rippe abwärts zwei unregelmässig viereckige Flächen von etwa 11 cm Länge und 3—5 cm Breite, durch eine 1—2,5 cm breite Brücke über dem Sternum getrennt. Am rechten Vorderarm besteht eine Fläche von der Gestalt eines rechtwinkligen Dreiecks von 5:4:4 cm, dessen eine Cathete die palma begrenzt, während die Hypotenuse quer über den Vorderarm verläuft. An der correspondirenden Fläche links strahlige, noch frische Narben mit zwei Granulationspfröpfen von etwa 0,6 cm Ausdehnung mit deutlichen Spuren der früheren Höllensteinätzung. Linker Kleinfingerballen mit jungen, narbigen Strahlen. Kleiner Finger in starker Contracturstellung mit junger, noch gerötheter Haut, welche Streckung unmöglich macht. Alle umschriebenen Flächen bieten ein fortlaufendes Feld mit, auf weite Strecken bis zu 0,3, auf den abhängigen Partien auch 0,5 cm hohen, dunkelrothen Granulationen, welche überall stark bluten, ohne jeden Rest von Epidermisinseln. Die Ränder sind durchweg haarscharf, verdickt und ohne jede Tendenz zu weiterer Ueberhäutung, die Secretion abundant. In der Umgebung dieser Flächen frische, strahlige Narben oder zarte, normale Epidermis von 1—2 cm Ausdehnung. Ueber und unter der linken Nasolabialfalte dicke Narbenzüge, welche den Mundwinkel stark nach oben ziehen, während die Unterlippe deutlich evertirt ist. Die verwandte Salbe ist ein Perubalsam und dunkles Pulver enthaltendes Vaselin, der Knabe vollkommen ohne Appetit und Schlaf, hochgradig abgemagert und extrem nervös und geängstigt, auf

dem Tisch drei Höllensteinhülsen, deren Inhalt verbraucht war. Die Nephritis ist abgelaufen.

Behandlung: 16fache Lagen der gewöhnlichen (Johnson & Johnson) absorbent gauze in rund 22° C. Chinosollösung von 1:2000 ausgedrückt, ohne jede Reinigung oder Aetzung der Wundflächen aufgelegt und darüber ein undurchlässiger Stoff. Für das Gesicht wurde aus Rubberdam eine Maske geformt, welche um den Kopf durch Streifen desselben Stoffes befestigt wurde, welche an der Hälfte der anfangs 6, später 4, hervorstehenden Ecken in der Ohrgegend festgenäht waren und an den freien Enden einen gewöhnlichen Haken (hook) trugen, welcher in die Oesen (eyes) der übrigen Ecken einfassten. Anfangs ging noch eine schmale Brücke der Maske über die Oberlippe, die zeitweise wegen der Unbequemlichkeit durch einen sich über den Nasenrücken hinziehenden Streifen ersetzt werden musste. Für die Brust wurde ein Latz mit drei graden Seiten ausgeschnitten, dessen vierte Seite dem Hals entsprechend ausgeschweift wurde. Die beiden seitlichen Ränder wurden durch leinene Bänder gesäumt und beiderseits je 4 solcher Bänder angenäht, von denen die zwei oberen im Nacken, die 6 übrigen auf dem Rücken ganz gewöhnlich gebunden wurden. Ueber beide Vorderarmwunden kam oiled silk. Die Handhabung dieser Verbände war ausserordentlich leicht und wurde von den Damen der Familie gewechselt, so oft sie mit Secret durchtränkt waren, oder der Knabe über Schmerzen klagte, d. h. anfangs alle zwei Stunden, dann seltener, bis nach einigen Tagen, 4—5 mal in 24 Stunden. Statt der Chinosollösung wurde abwechselnd Liq. Alum. acet. 1:20, Argent. nitric. 0,25%, Zinc. chlor. 1:400 und 1:600, und ein strohfarbiges Infus von Fol. Salviae verwandt, wobei entweder alle paar Tage oder auch zuweilen während eines Tages gewechselt wurde. Das Argent. nitric. erwies sich in diesem Falle als nicht zuträglich und wurde nur 1—2 Tage benutzt. Sonstwie gereinigt oder geätzt wurden die Wunden nie.

Verlauf: Die Secretion wurde schnell geringer, um schliesslich auf ein Minimum reducirt zu werden, sodass selbst die äusseren Lagen der Compresse sauber blieben. Die Granulationen verloren bald ihr dunkeles Aussehen, und bei der Abnahme der Verbände zeigten sich nur hin und wieder kleine punktförmige Blutungen. Die Ränder verloren ihre alte Succulenz und wurden flach, der Epidermissaum zeigte an den Hand- und Brustwunden schon am 12. August, im Gesicht etwas später, nicht mehr den scharfen Rand, sondern schob sich über die Granulationen hinüber. Letztere sanken mehr und mehr ein; nur am Hals und den unteren Partien der Brust blieben sie zu massig. Um sie zu beseitigen, wurde die oben genannte Chlorzinklösung 1:400 durch 24 Stunden aufgelegt, wodurch sie beinahe schmerzlos in einen dünnen, graugelben Schorf verwan-

delt wurden, welcher an den nächst folgenden Compressen kleben blieb. Die kleinen Wunden der linken Hand waren in einigen Tagen abgeheilt mit Hinterlassung dicker Narben. Ich empfahl centrifugale Effleurage des kleinen Fingers, um die Contractur zu beheben; diese besorgte der Knabe bald selbst mit seinem Speichel, und zwar mit gutem Erfolge, denn Mitte September war der Finger wieder normal streckbar. Die Wunde der rechten Hand war am 25. August geschlossen, die auf der rechten Brust gegen Mitte, die auf der linken gegen Ende September; die Gesichtswunde war bis Mitte October zugeheilt. Die Unterlippe ist noch stärker evertirt, wie am 6. August, und wird hier sicher noch weitere Schrumpfung eintreten, so dass sich eine plastische Operation nicht umgehen lassen wird, wenn ich auch glaube, dass sich durch Massage manches wird erreichen lassen. Die rechte Handnarbe hat sich gleichfalls stark contrahirt, so dass sie ihre frühere Ausdehnung nur vermuthen lässt, doch wird es hier nicht zu einer Contractur kommen. Die rechte Hand war schlimmer, als die linke, gleichwohl sind die Narben hier viel glatter und zarter. Die Narben der übrigen Wunden sind weich und zeigen nur geringe Neigung zu Contraction, sie unterscheiden sich deutlich durch ihre Zartheit und Glätte von denen, die unter Salben entstanden sind. — Die Maske des Gesichts wurde natürlich successive kleiner, wie die Wunden sich überhäuteten; sie musste öfters erneuert werden, da das Material durch Berührung mit Speise und Trank, seine Elasticität bald einbüsste und schmierig wurde. Sie wurden aus einem Stück hergestellt, indem für die Prominenz des Kinnes ein grösserer und für die Wölbung der Wangen mehrere kleine keilförmige Stücke herausgeschnitten und die Ränder mit Zwirn wieder zusammengenäht wurden. Die Erneuerung der Compressen war so leicht, dass die Damen sie ohne jede Schwierigkeit vornehmen konnten, und mit solch geringen Schmerzen verbunden, dass der Kleine sehr bald zu allerlei Scherzen aufgelegt war. Er erholte sich rapid, und lange vor Beendigung der Behandlung durfte man sein Befinden als gut bezeichnen. Er war durch seine Krankheit etwas verwöhnt und vielwillig geworden, als Zuchtmittel diente die Drohung der Damen, den „anderen" Doctor wieder zu holen.

Ich behandle meine Wunden und speciell Brandwunden seit mehr als 10 Jahren bei einem Material von mehr als 20,000 Fällen allgemeiner Praxis in derselben Weise. Nach meinen bisherigen Erfahrungen und den Ergebnissen dieses Falles ziehe ich den Schluss: Der Knabe wäre, wenn er gleich in beschriebener Weise behandelt worden wäre, statt in 13, in 8 Wochen geheilt und ein gut Theil der Narbencontractur vermieden worden.

Bei der Behandlung dieses Falles am 6. August waren zwei

Möglichkeiten vorhanden: Behandlung mit Salben und mit feuchten Verbänden. Die erstere erwiess sich als unzulänglich; und den folgenden Ausführungen will ich vorwegnehmen, sie sollte zu Gunsten der feuchten Behandlung gänzlich fallen gelassen werden. Feuchte Verbände sind absolut nichts Neues. Aber wenn sie bisher die guten Resultate nicht gezeitigt haben, welche mit ihnen erzielt werden können, so liegt das daran, dass die Technik mangelhaft ist, sowohl von chemischen, als auch von physicalischen Gesichtspunkten aus. Chemisch, indem fast durchweg zu starke Lösungen verwandt werden, und physicalisch, indem man sie entweder von vorn herein mangelhaft anlegt, oder sie zu lange liegen lässt. Beide Reihen von Fehlern figuriren nicht nur in den Lehrbüchern der Chirurgie, sondern auch in denen der Hydrotherapie, vorausgesetzt, dass sich die letzteren überhaupt damit befassen. Denn die beiden amerikanischen von Baruch und Kellogg erwähnen dies Capitel mit keinem Wort, ebensowenig z. B. das französische von Bottey; während die deutschen ihm fast durchweg wenigstens einige Bemerkungen widmen, am ausführlichsten noch Matthes[10]), dessen Ausführungen jedoch in vielen Beziehungen die hydriatrischen Gesischtspunkte vor den chirurgischen viel zu sehr in den Hintergrund treten lassen, auch verfällt er zum Theil gänzlich in die Fehler der Chirurgen.

Als geradezu wunderbar müssen aber die diesbezüglichen Arbeiten von Winternitz[1] u. [2]) bezeichnet werden.

Die Leitsätze für die Behandlung inficirter Wunden sind nach allgemeiner Anschauung[12]) folgende:

Die Behandlung ist die zweckmässigste, durch welche 1) am besten jede Infection vermieden wird; und 2) der Abfluss der Wundsecrete am ausgiebigsten stattfindet. 3) Je weniger die Wunde gereizt wird, um so geringer ist die Secretion und Granulation. Diesen mag der weitere folgen, dass 4) die Behandlung die intimen Vorgänge, welche bei der Wundheilung in Betracht kommen, möglichst fördern soll, ein Factor, dem wohl jeder zustimmen wird.

Salbenverbände erfüllen von diesen Forderungen keine, oder doch wenigstens nur sehr mangelhaft. Das in ihnen suspendirte antiseptische Mittel wirkt sicher nicht in dem Maasse, als wenn es in Pulverform oder Lösung applicirt wird. Salben hemmen

die Aufsaugung des Secretes mehr, als sie dieselbe unterstützen. Weil das letztere also nicht beseitigt wird, reizt es die Wunde weiter; dazu kommt noch, dass die Salbengrundlagen für die entblösten Zellen doch in chemischer Hinsicht ein sehr wenig adaequater Schutz sind. Alle Salben reizen also mehr oder weniger. Von einem Einfluss auf die Circulation der kleinsten Arterien, der Capillaren und der kleinsten Venen kann wohl meist auch nur in ausserordentlich geringem Maasse die Rede sein, wenn überhaupt.

Deshalb ziehen auch die meisten Lehrbücher[12] u. [13]) andere Behandlungsweisen vor, und zwar meist die feuchte, welche von einigen auch direct gerühmt wird, z.B. von T i l l m a n n s[12]). Jedenfalls haben feuchte Verbände erstens den Vorzug, dass sie in antiseptischer Beziehung viel wirksamer sind, da sie das Mittel in Lösung bieten. Zweitens saugt eine feuchte, ziemlich stark ausgedrückte Compresse das Secret in vollkommener Weise auf, ja sogar besser, als ein trockener Verband, denn sobald sich dieser mit festen Bestandtheilen der Ausscheidungen auf der Wundseite vollgesaugt hat, wird er mehr oder weniger undurchlässig, während innerhalb des feuchten Verbandes eine Diffusion stattfindet; ausserdem wird, wie wir weiter unten sehen werden, die Menge des Secretes durch ihn am schnellsten reducirt; 3) dürfte auch das Wasser der Compresse dem Protoplasma verwandter sein, als Vaselin oder Fette. Ich will hier gleich bemerken, dass ich nie destillirtes und auch nur in den seltensten Fällen gekochtes Wasser anwende, da ich es von Werth halte, dass das Wasser nicht seiner Salze beraubt wird, da es diese sonst dem Zelleneiweiss entzieht. Die Bedeutung des 4. Punktes ist bei den Verfechtern des feuchten Verbandes bisher meist nicht berücksichtigt worden. Er soll im folgenden im Zusammenhang Betrachtung finden.

Es fragt sich nun, wie sollen die feuchten Verbände angelegt werden, um den vier Forderungen am ehesten gerecht zu werden?

Behandeln wir erst die chemische Seite der Frage. Hier kommt die Art des Mittels in Betracht und seine Menge.

Die meisten Bücher führen in erster Linie Carbolsäure und Sublimat an, dann folgen eine Reihe mehr oder weniger bekannter und allgemein angewandter Droguen, unter denen der eine die-

ses vorzieht, der andere jenes. Von jenen weiss man, dass sie zu Vergiftungen führen können und selbst zur Gangrän. Im Allgemeinen kommt in erster Linie die bactericide oder auch adstringirende Kraft in Betracht, und man vergisst darüber nur zu gern den dritten Punkt, dass die Wunde möglichst wenig gereizt werden soll. Man sollte bedenken, dass das Agens, welches die Bacterien tödtet oder auch nur in der Entwicklung hemmt, auch das Wachsthum der Zellen, namentlich der sprossenden Epidermis hemmen muss, wenn es nicht die oberflächlichsten überhaupt immer wieder vernichtet. Carbol und Sublimat, und ich möchte hier das Silbernitrat anschliessen, sind viel zu giftige Mittel, nach denen ich eine Vermehrung des Secretes regelmässig beobachten konnte. Ich wende ausschliesslich Chinosol, Liq. Alum. acet., Zinc. chlor. und Borsäure an, und habe keine Veranlassung, nach einem besseren auch nur zu suchen.

Weit wichtiger als die Art ist die Concentrirung, die durchweg viel zu stark genommen wird. Watson Cheyne[11]) empfiehlt sogar Sublimat 1:1000!

Auf der einen Seite warnt man vor einem zu häufigen Wechsel der Compressen und vor dem Einfluss der Luft auf die Wunde, um diese nicht zu reizen, und auf der anderen Seite setzt man die Vitalität der oberflächlichen Zellenlagen durch zu starke Lösungen herab. Es bleibt einem ja unbenommen, im Anfang eine etwas höhere Concentration anzuwenden, aber sehr bald wird man bei häufigem Wechsel mit den schwächsten Lösungen auskommen. Ich habe bei 0,05% Solution von Chinosol, bei einem Drittel der gewöhnlichen concentrirten Borsäurelösung, bei Liq. Alum. acet. 1:20 und mehr und endlich bei Zinc. chlor. 1:600 nie Erscheinungen getroffen, welche auf eine Vermehrung der in der Wunde existirenden oder sonst in dieselbe hineingelangenden Bacterien schliessen liessen, im Gegentheil, das Aussehen bessert sich derartig rasch, dass man sich einem aseptischen Verlauf gegenüber glaubt. Was übrigens durch die geringe Concentration allenfalls geschadet werden könnte, wird ja durch den häufigen Wechsel der Compressen wettgemacht, durch den immer neue Mengen in Wirkung treten können.— Damit sind wir zu der physicalischen Seite dieser Betrachtung gekommen.

Die feuchten Compressen, welche von einer möglichst hydrophilen, am besten engmaschigen Gaze gemacht werden müssen,

dürfen nie unter der impermeablen Bedeckung auch nur mit einer kleinen Ecke hervorstehen, da sonst der Verband trocknet und dann der Wunde zu sehr anhaftet. Die Bedeckung kann aus oiled silk, oiled muslin, Guttapercha, Lint oder, wie im vorliegenden Falle, aus Rubberdam bestehen, welcher sich ganz vorzüglich bewährte, indem er geradezu ideal am Kopfe, selbst während der Nacht, hielt (man beachte: ein Verband um den Kopf mit drei, resp. zwei Streifen mit Haken und Oesen um den Hals und über den Scheitel)! Bei dem Verband ist darauf zu achten, dass er überall der gesunden Haut gut anliegt und die Compresse genügend überragt. Die letztere darf nicht zu feucht sein, da sonst die Aufsaugung des Secretes beeinträchtigt wird, und auch die Epidermis geschädigt werden kann.

Nur ausnahmsweise kommt es einmal vor, dass Eczeme oder eine zu grosse Lockerung der Epidermis eintritt, und applicirt man dann für einen Tag ein Pulver, um möglichst schnell wieder zu dem feuchten Verbande zurückzukehren. Die Temperatur des Umschlages soll nicht zu niedrig sein, was besonders in der kalten Jahreszeit zu beachten sein wird. Mittlere Grade, 20—22 C., sind die zuträglichsten. Sie sind kühl genug, um im Sinne der Hydrotherapie eine Reaction zu erzielen, und doch nicht kalt genug, um zu schmerzen. Bei sehr empfindlichen Leuten und sehr schmerzhaften Fällen wird das Neuauflegen der Compressen dadurch weniger schmerzhaft, dass die Compresse annähernd blutwarm applicirt wird.

Das oben angegebene Verfahren unterscheidet sich von dem in den chirurgischen Lehrbüchern empfohlenen ausser durch die schwache Concentration hauptsächlich dadurch, dass die Verbände oft gewechselt werden, anstatt wie bisher — möglichst selten. Die Gründe für diesen Punkt leiten sich her aus der Art der Wirkung der Umschläge auf das Verhalten der Circulation und die Zusammensetzung des Blutes unter denselben, Factoren, welche man bisher gänzlich unbeachtet gelassen hat.

Nach den neueren Forschungen auf dem Gebiete der Hydrotherapie, welche den früher empirisch gemachten Beobachtungen eine experimentelle Grundlage gegeben haben, und welche an Exactheit denen der Chirurgie vollkommen gleichwerthig sind, können wir überhaupt für die Behandlung der Brandwunden Methoden einschlagen, welche den bisherigen in verschiedener

Beziehung überlegen sind, nämlich die ausschliessliche Behandlung mit feuchten Umschlägen oder Compressen.

Ich will hier nicht auf die Behandlung weit ausgedehnter Brandwunden im permanenten Vollbad (Hebra) eingehen, aber davon abgesehen, können diese Betrachtungen auf alle Grade von Verbrennung Anwendung finden; und ein so gewissenhafter Beobachter wie Winternitz[1]) empfiehlt diese mutatis mutandis sogar für solche Fälle, in denen sonst das Dauervollbad herangezogen wird.

Nach den Untersuchungen dieses Forschers und seiner Schüler Schweinburg, Pollak, Strasser[3] u. [4]) u. a. sind zu unterscheiden 1) kalte und 2) warme Umschläge; letztere können sein entweder heisse oder sog. erregende, welche Kälte und Wärme vereinigen, indem sie kalt aufgelegt werden und bis zur Erwärmung oder zum Trockenwerden liegen bleiben. Es handelt sich also um drei Gruppen: kalte, heisse und erregende, welch letztere wiederum entweder einfach trocken oder mit einer impermeabelen Hülle bedeckt werden können. Die Wirkung der drei verschiedenen Arten ist verschieden sowohl in Bezug auf die Circulation als auch auf die Zusammensetzung des Blutes.

Die *heissen,* überblutwarmen Umschläge kommen bei Combustionen nicht in Betracht, so dass ich auch nicht auf diese einzugehen brauche. Die locale Wirkung der *kalten* Umschläge ist 1) eine directe Kühlung, 2) eine Herabsetzung der Nervenerregbarkeit, 3) eine starke Contraction der Gefässe mit consecutiver Anaemie, welche sich bis zum localen Tod steigern kann; und 4) Herabsetzung der vitalen Lebensvorgänge bis oder nahe bis zum Stillstand. Dabei ist aber vorausgesetzt, wie schon Esmarch[5]) 1871 zeigte, dass die Umschläge auch wirklich eine kühlende Wirkung haben, wozu entweder sehr häufiger Wechsel gehört, d. h. der Umschlag muss erneuert werden, ehe er sich auch nur annähernd erwärmt, oder aber er muss durch Eis oder Kühlapparate (Leiter, Winternitz, Chapman, Gaertner) kühl gehalten werden. Wo es auf wirkliche Kühlung ankommt, müssen die Temperaturen auch sehr tiefe sein, nämlich nahe 0° C. Diese extrem tiefen Temperaturen sollten bei Verbrennungen nie angewandt werden, weil sie den physiologischen Indicationen nicht entsprechen. In den meisten

Fällen, wo diese Umschläge in der Praxis empfohlen werden, ist die Technik so schlecht, dass dieselben ihrer Wirkung nach gar nicht kalte sind, sondern — zum Glück — erregende.

Ausser diesen sehr kalten können wir aber auch wärmere von 15—20° C. appliciren, die man als *kühle* bezeichnet. Die locale Wirkung dieser ist von derjenigen der kalten wesentlich verschieden: 1) Sie kühlen die Oberfläche ab, jedoch nie bis zum Stillstand der Lebensvorgänge, welche sie also nur verlangsamen, das wäre bei Verbrennungen der Eintritt der Entzündungserscheinungen und etwaige Infection. 2) Sie setzen die Erregbarkeit der Nerven herab, also auch den Schmerz. 3) Sie bringen die kleinsten Gefässe zur Contraction, verhindern dadurch den Austritt der weissen Blutkörperchen und des Serums, wenn vielleicht auch nicht absolut, so doch in hohem Maasse; sie wirken mithin entzündungswidrig. Diese Indicationen finden wir nun bei frischen Verbrennungen, bei denen sie für den, der mit der Physiologie und Technik der Wasseranwendungen vertraut ist, viel bessere Resultate geben, als jede andere Behandlungsweise. Bis jetzt benutzt man, von einigen neueren Methoden abgesehen, welche jedenfalls noch keine allgemeine Verbreitung gefunden haben, bei Combustionen des ersten und zweiten Grades entweder das Kalkwasser-Leinölliniment oder auch feuchte Umschläge, meist mit adstringirenden Lösungen, oder die meisten Chirurgen ziehen trockene Pulververbände vor. Nebenbei geben sie Morphin, dessen Verabreichung — streng genommen — gar keine Behandlung ist. Gegen das erwähnte Liniment haben berufenere Federn so viel geschrieben, dass ich mir hier eine nochmalige Argumentation sparen kann. Was nun die Pulververbände angeht, so mögen sie den Schmerz stillen, sind aber sonst jedenfalls weit weniger rationell, als Umschläge, welche — natürlich vorausgesetzt, dass sie im Sinne der Hydrotherapie richtig gehandhabt werden, — direct die intimsten Vorgänge in der Richtung zur Restitutio ad integrum begünstigen. Schon D z o n d i[6]) hat auf dies alles aufmerksam gemacht, und W i n t e r n i t z empfiehlt sie auf das wärmste. Auf Grund eigener Beobachtungen kann ich die günstigen Resultate nur bestätigen. Die mässige Kälte giebt den Gefässen ihren Tonus wieder und verhindert den Austritt von Entzündungsmaterial und das Zustandekommen der Entzündung überhaupt; es pas-

sirt immer frisches Blut an der lädirten Stelle vorbei, und dieses stellt normale Verhältnisse am ersten wieder her. Demgemäss wird auch der Schmerz ausserordentlich schnell behoben. Die weitere Bildung von Vesikeln sistirt meist sofort, und bereits vorhandene bis zu 1 cm Durchmesser werden im Verlauf weniger Stunden unter dem Umschlag wieder resorbirt, was wohl bei anderen Behandlungsweisen kaum vorkommen dürfte. Uebrigens würden die Umschläge auch hinsichtlich der bei ausgedehnteren Verbrennungen eintretenden Allgemeinerscheinungen von grösster Bedeutung sein.

Nach neueren Untersuchungen[7], [8] u. [9]) über die Durchlässigkeit der Haut hat es dabei gar keinen Werth, diese Umschläge mit chemischen Zusätzen zu machen, da diese doch nicht bis zum Rete papillare durchzudringen vermögen. Um die empfindliche Oberfläche vor jeder mechanischen Reizung zu schützen, und nur die Temperatur wirken zu lassen, bedeckt man die Haut mit zwei oder mehr Lagen feuchter Gaze eng und ohne Falten, welche dauernd liegen bleiben, und auf denen nun die kühlenden Umschläge vorgenommen werden. Die nämlichen Umschläge kommen auch bei den schweren Verbrennungen zweiten und dritten Grades für die erste Zeit bis zum Nachlass der Schmerzen in Betracht, nur wird man in diesen Fällen im Einklang mit den Lehren der Antisepsis desinficirende Lösungen benutzen, vorausgesetzt, dass sie nicht durch ihre Concentration die Vitalität der Gewebe hemmen. Und selbst wenn schon eine Wundsecretion eingesetzt hat, werden diese Umschläge noch fortgesetzt, doch wird man zur besseren Beseitigung derselben über den dauernd liegenden Schichten mit dem Irrigator von Zeit zu Zeit spülen. Nimmt man in solchen Fällen indifferente Temperaturen, nur wenig unter Blutwärme, so ist selbst ein stärkerer Druck des Strahles kaum schmerzhaft. Sie entfernen die Secrete besser, als man erwarten sollte. Bei ausgedehnten Verbrennungen mit folgender Temperatursteigerung bieten diese Compressen zugleich das Mittel, welches diese sicher in Schranken hält. Im Allgemeinen wird man bei grossen Umschlägen die Temperatur um so höher nehmen, je ausgedehnter die Combustion ist, und kann man dann bis 22° C. und darüber gehen. Anfangs muss man die Umschläge sehr oft erneuern, wenn man nicht Kühlschlangen mit 18—22° C. darüber

applicirt. Man lässt sich dabei am besten von dem Schmerz des Kranken leiten. Mehr oder weniger bald genügt selteneres Wechseln. Je mehr die Heilungsvorgänge einsetzen, und die Umschläge also länger liegen bleiben, gehen sie allmählich in die oben beschriebenen Compressen über, welche, hydriatrisch gesprochen, erregende sind. Sie werden, wie schon erwähnt, kalt (12—20° C.) aufgelegt und trocken bedeckt, sind also sog. Priessnitz'sche Umschläge. Zu einem solchen gehört die impermeabele Umhüllung zunächst nicht. Durch den Kältereiz findet eine Contraction der Gefässe statt, welcher jedoch bald die reactive Erweiterung folgt, wodurch sich der Umschlag erwärmt. Mit der reactiven Wallung geht regelmässig eine Vermehrung der festen Blutelemente einher, und zwar hauptsächlich der rothen, und mit dieser Erythrocytose auch ein vermehrter Hämoglobingehalt. Wir haben es also mit einer activen Hyperämie und Fluxion zu thun, während unter warm oder heiss aufgelegten Umschlägen diese Erythrocytose nicht stattfindet. Hand in Hand mit diesen Erscheinungen geht eine Steigerung der localen Temperatur bis nahe zur Blutwärme, welche bis zu zwei Stunden ansteigend bleiben kann. Dann klingen sämmtliche Erscheinungen wieder ab, und zwar zur Norm oder, wenn die Feuchtigkeit durch eine impermeabele Hülle am Verdunsten verhindert wird, unter die Norm, so dass wir unter der letzteren eine Gefässerschlaffung mit passiver Hyperämie haben, mit Stauung, denn die physiologischen Untersuchungen ergaben, dass unter dem impermeabel bedeckten Umschlag auf die Dauer die nämlichen Erscheinungen auftreten, wie unter dem warm oder heiss aufgelegten. Bleibt jedoch der impermeabel bedeckte Umschlag nur eine beschränkte Zeit liegen, so wirkt er wie ein erregender. Da unsere Compresse, um der Wunde nicht anzuhaften, und um die Aufsaugung zu begünstigen, feucht bleiben *muss,* können wir in diesen Fällen also unbedenklich eine undurchlässige Hülle anwenden. — Bekanntlich bildet active Hyperämie mit ihrem beschleunigten Blutkreislauf und der grossen Anzahl rother Blutkörperchen die besten Bedingungen für alle Wachsthumsvorgänge, und dies muss auch für die Brandwunde am zuträglichsten sein. In diesen Verhältnissen ist aber auch der Wechsel bedingt, wenn nämlich die active Hyperämie abklingt. Wird jetzt der Umschlag nicht erneuert, so bekom-

men wir unter der impermeabelen Hülle passive Hyperämie. Diese documentirt sich sehr *oft von selbst* durch das Auftreten von Schmerzen und *stets* durch die Zunahme der Eiterung. Hieraus folgt also, dass hydriatrisch betrachtet, die Compresse *öfter* gewechselt werden muss, *nicht*, wie die Chirurgen sagen, möglichst selten. Infolge der Ausserachtlassung dieser Factoren ist der Wundverlauf bei Brandwunden denn auch allgemein bekannt schlecht. So schreibt z. B. Watson Cheyne: "Sores left by burns heal much more slowly than open wounds made by the knife, probably because the heat not only destroys the vitality of the part immediately acted upon, but also impairs that of the tissues around, so that in the early stages the vital processes in them are not nearly so active as usual." Mit Berücksichtigung der erwähnten Verhältnisse wird man sehr bald finden, dass diese Besorgnisse nicht zutreffen. Die Wunden bekommen vielmehr bald ein Aussehen, welches an einen aseptischen Verlauf erinnert, indem unter dem Umschlag geradezu ideale Bedingungen für die Heilung geboten sind: Feuchtigkeit, beinahe Blutwärme und active Circulation, Ableitung des Secretes und Antisepsis. Dementsprechend nimmt die Secretion sehr schnell ab, die Granulationen sehen vorzüglich aus und zeigen kaum eine Neigung, übermässig zu werden, so dass man bei dieser Behandlung nie zum Höllenstein seine Zuflucht zu nehmen braucht. Ist sie bei grossen Flächen schliesslich einmal mehr wie erwünscht, so genügt, wie oben erwähnt, eine stärkere Concentration, z. B. Zinc. chlor. 1:400, um sie über Nacht sicher und schmerzlos in einen feinen Schorf zu verwandeln. Ja, man kann durch Anwendung oder Verhütung von den Reizen, welche mit diesem Umschlag eo ipso verbunden sind, die Granulation nach Belieben bis zu einem gewissen Grade reguliren. Die Epidermis wuchert unter dem Verbande ausserordentlich schnell, wie die chirurgischen Autoren selbst mehrfach bemerken, z. B. Tillmanns. Der Chirurg fürchtet die Wunde durch den häufigen Wechsel zu reizen, muss aber wechseln, weil es die Durchtränkung der Compressen verlangt. Wie wir sehen, ist der Wechsel gerade ein Ansporn für die Circulation. Da die Granulation bei diesem Verfahren lange nicht so massig ist, wie sonst, ist auch die resultirende Narbencontractur nicht so gross.

Wenn die Localisation der betroffenen Fläche es gestattet,

so kann man über die medicamentöse Compresse noch einen gewöhnlichen erregenden Umschlag machen, welcher z. B. den grösseren Theil einer Extremität bedeckt, um so die Vorgänge noch mehr zu begünstigen, was beispielsweise bei den Beinen, namentlich bei Neigung zu kalten Füssen, von nicht zu unterschätzender Bedeutung sein kann. Und umgekehrt sind wir oft auch in der Lage, durch Kühlung der ganzen Extremität im Beginn die Entzündung herabzusetzen, wenn wir uns vergegenwärtigen, dass intensiv kalte Umschläge, wie ich sie oben erwähnte, die Lumina der zuführenden Gefässe in hohem Maasse verringern können.

Nur beiläufig mag bemerkt werden, dass mutalis mutandis diese Ausführungen auch für alle andere Wunden Geltung haben.

Sicherlich wird niemand leugnen, dass die Heilungsvorgänge um so lebhafter sein werden, je mehr wir die Lebensvorgänge berücksichtigen.

Quellenangaben.

[1]) Winternitz:, W.: Die Hydrotherapie auf physiologischer und klinischer Grundlage; 1877—79. Bd. 1, S. 107; Bd. 2, S. 43 ff, 100 ff.

[2]) Winternitz, W.: Pathologie und Therapie der Lungenphthise, 1887; S. 85.

[3]) Strasser, A.: Umschläge; Wien, 1896.

[4]) Strasser, A.: Bl. f. klin. Hydrotherapie, 1896, Nr. 2.

[5]) Esmarch: Arch. f. klin. Chirurgie von Langenbeck; 1. Bd., S. 284.

[6]) Dzondi, C. H.: Ueber Verbrennungen; Halle, 1825.

[7]) Du Menil: Ueber das Resorptionsvermögen der menschl. Haut. Deutsches Arch. f. klin. Med. 50, 51, 52.

[8]) Stass: La Presse méd. Belge 1886, 13.

[9]) Winternitz, R.: Zur Lehre der Hautresportion, Virchow, Hirsch. Jahresberichte 1887, Bd. 1, S. 172.

[10]) Matthes, Max: Lehrbuch der klin. Hydrotherapie, Jena, 1900.

[11]) Watson Cheyne: Man. of Surgery.

[12]) Tillmanns: Lehrb. f. Chir.

[13]) Stonham: Man. of Surgery.

65 Second Street.

Referate und Kritiken.

Die Berufskrankheiten des Ohres und der oberen Luftwege. Von Dr. med. Friedrich Röpke in Solingen. (Die Ohrenheilkunde der Gegenwart und ihre Grenzgebiete. In Einzeldarstellungen herausgegeben von Dr. Otto Körner. II.) Verlag von J. F. Bergmann, Wiesbaden, 1902.

An eine Zusammenstellung wie die vorliegende, über Berufskrankheiten des Ohres und der oberen Luftwege stellt man zunächst die Anforderung, dass sie möglichst vollständig sei nach Maassgabe der vorhandenen Literatur über den Gegenstand. Ein Blick auf das Inhaltsverzeichniss allein verschafft schon dem Leser die beruhigende Ueberzeugung, dass das Buch allen Ansprüchen nach dieser Hinsicht entspricht. Zu dieser Vollständigkeit gesellt sich eine wohlthuende Uebersichtlichkeit, bei welcher in nicht geringem Grade die vorzügliche technische Ausstattung des Bandes in Betracht kommt. Hervorzuheben ist hier eine, am Schlusse des Werkes gegebene, unter Zugrundelegung des Sitzes und der Art der Krankheit alphabetisch nach den einzelnen Berufsarten angeordnete, schematische Übersicht über die Berufskrankheiten des Ohres und der oberen Luftwege. In den einzelnen Capiteln ist die Darstellung eine, unter den Umständen gebotene, äusserst knappe. Wer eingehendere Studien zu machen gewillt ist, dem wird durch die zahlreichen Literaturnachweise der Weg dazu geebnet. Hervorzuheben wäre noch, dass Verf. in der Lage war, viele Betriebe der verschiedenen Industriezweige durch eigene Anschauung kennen zu lernen. Am Bekanntesten sind seine Beobachtungen bei Metallschleifern (Solingen) und bei Zündholzfabrikarbeitern, auf welche in den betreffenden Abschnitten auch hingewiesen wird. Wie modern das Buch ist, möge man schon daraus erkennen, dass u. a. auch die Berufskrankheiten der Luftschiffer, Radfahrer und Automobildroschkenführer darin berücksichtigt werden.

Schapringer.

Pancreas-Pathologie. Von Dr. med. H. Truhart in Dorpat. I. Theil: *Multiple abdominale Fettgewebsnecrose.* Verlag von J. F. Bergmann. Wiesbaden 1902. 498 S.

Trotz der verdienstvollen Bemühungen zahlreicher Forscher, das für den Stoffwechsel des menschlichen Organismus so hochwichtige Pancreas-Organ auch in pathologischer und klinischer Beziehung der Verborgenheit, in welcher dasselbe nur allzu lange geruht, zu entreissen, herrscht doch auch heutigen Tages

nicht allein bezüglich der Symptomatologie, der Diagnose und Therapie, sondern auch betreffs der Aetiologie und der Pathogenese der Pancreaskrankheiten vielfach noch ein undurchdringliches Dunkel. Verf. hat es nunmehr in dankenswerther Weise unternommen, die bisherigen wissenschaftlichen Errungenschaften des Pancreasstudiums mit Hineinbeziehung auch der chirurgischen und therapeutischen klinischen Erfahrungen im Gesammtbilde einer Pancreaspathologie zusammenzufassen. Die Aufgabe, die sich Verf. gestellt hat, ist sicherlich nicht als eine kleine zu bezeichnen. Denn bei den vielfachen Problemen und Räthseln, welche sich der Erforschung der Pancreaspathologie entgegenstellen, gilt anerkanntermaassen auch heute noch die Pathogenese, insbesondere aber auch die Aetiologie zahlreicher Affectionen der Drüse als durchaus dunkel und unerklärbar. Die weitaus überwiegende Mehrzahl der Autoren ist daher geneigt, die Genesis einer ganzen Reihe von Pancreaskrankheiten bezw. pathologischer, secundär von Seiten dieses Organes ausgehender. Einzelerscheinungen auf das ursächliche Moment einer stattgehabten Infection oder Intoxication zurückzuführen. Es ist aber bisher keineswegs gelungen, dieser aetiologischen Auffassung durch vollgültige Beweise die erforderliche exacte Stütze zu verleihen. Verf. glaubt vielmehr auf ein umfangreiches casuistisches und statistisches Material gestützt, sowie unter Zugrundelegung vielfach entscheidungsvoller, wissenschaftlicher Entdeckungen und Errungenschaften aus neuerer und neuester Zeit, insbesondere auch auf dem Gebiete der Histologie, der Physiologie und der Experimentalpathologie des Pancreas, wie endlich unter Mitberücksichtigung der bisher nahezu gänzlich ausser Acht gelassenen, ganz exquisit bactericiden Eigenschaften des Bauchspeicheldrüsensecretes zeigen zu können, dass jenem vermeintlichen Einflusse der Darmbacterien bezw. der Toxine der letzteren unter gar keinen Umständen die von den Autoren so nachdrücklich betonte aetiologische Praeponderanz eingeräumt werden darf. Bei T. hat sich daher die feste Ueberzeugung ausgebildet, dass wir für die Häufigkeit der Affectionen des Pancreas das ursächliche Moment vor allem in zwei Hauptfactoren zu suchen haben: erstens in der exceptionellen Praedisposition dieses Organes zu folgeschweren Anomalien des localen Blutkreislaufes und zweitens in der, entsprechend dem Fermentreichthum sehr verschiedenartig sich äussernden, pathogenen Einwirkung des Pancreassaftes auf die einzelnen Organgewebe.

Leider kann hier auf Details der äusserst interessanten Ausführungen des Verf. nicht näher eingegangen werden, es muss in dieser Hinsicht auf das Originalwerk verwiesen werden. Der bis jetzt vorliegende erste Theil, dem ein Rückblick über die bisherigen Forschungen auf dem Gebiete der Pancreaspathologie mit besonderer Berücksichtigung der wesentlichen von den Ein-

zelnautoren vertretenen Anschauungen vorausgeschickt ist, umfasst das umfangreiche Gebiet der „multiplen abdominalen Fettgewebsnecrose", sowie eine ausführliche Darstellung des Einflusses, welchen die Alterationen des Gesammtorganismus (Infectionskrankheiten, Dyscrasien etc.), die Erkrankungen der benachbarten Bauchorgane, die Blutbeschaffenheit und das Nervensystem, wie endlich das Trauma auf das Pancreas ausüben. Eine nach Möglichkeit vollständige Casuistik ist den einzelnen Abschnitten beigefügt. Wie Verf. mittheilt, folgt in Bälde ein zweiter Theil, welcher die „Pathologie und Therapie der localen Erkrankungen des Pancreas" zum Inhalt hat.

Das Werk ist einerseits wegen der Wichtigkeit des darin abgehandelten Gegenstandes, andererseits wegen der vorzüglichen Bearbeitung desselben zu einem eingehenden Studium dringend zu empfehlen.

Pathologische Anatomie und Krebsforschung. Ein Wort zur Verständigung von Professor Dr. O. Lubarsch in Posen. Verlag von J. F. Bergmann. Wiesbaden 1902. 62 S.

Ein genaues Durchforschen der neueren Literatur über die Krebsfrage und seine wiederholte Theilnahme an den Sitzungen des Comités für Krebsforschung haben in dem Verf. die Ueberzeugung gefestigt, dass auf dem Gebiete der Geschwulstlehre der Zusammenhang zwischen pathologischer Anatomie und Physiologie auf der einen und der practischen Heilkunde auf der anderen Seite erheblich gelockert zu werden droht. Die Vertreter der verschiedenen Forschungsrichtungen reden eine verschiedene Sprache und können sich nicht mehr verständigen. Verf. bezweckt daher mit der vorliegenden Arbeit, in ausführlicher Weise den Standpunkt der pathologisch-anatomischen Wissenschaft in der Geschwulstfrage und besonders der Krebsforschung zu begründen und damit eine Verständigung anzubahnen.

Die Stellung der pathologischen Anatomie zur Infectionstheorie des Krebses lässt sich kurz dahin zusammenfassen, dass es bisher nicht gelungen ist, irgend welche Microorganimen als specifische Erreger des Krebses oder irgend welcher anderer echter, autonomer Neubildungen nachzuweisen; es ist ferner bisher nicht gelungen, irgend welche Analogien aus dem Gebiete von Pflanzen- und Thierkrankheiten beizubringen, die für die parasitäre Entstehung destruirender Neubildungen zu verwerthen wären, und endlich zwingen weder die Ergebnisse der Statistik, noch epidemiologische, experimentelle und klinische Thatsachen zu der Annahme der Infectionstheorie. Verf. begründet diese Sätze in eingehender Weise und wendet sich mit aller Schärfe

gegen die Annahme eines parasitären Krebserregers. Die Ergebnisse seiner Kritik fasst er in folgende Sätze zusammen:

1. Zwischen allen Arten echter Neoplasmen und den destruirenden Neubildungen bestehen so zahlreiche Verwandtschaften und Uebergänge, dass folgerichtiger Weise für alle eine parasitäre Entstehung angenommen werden muss, wenn man auch nur bei einer Art eine solche für wahrscheinlich hält. 2. Wir kennen bisher keine Parasiten, die im Stande wären, echte Neoplasmen zu erzeugen. 3. Es giebt zahlreiche echte Neoplasmen, die zwar histologisch und genetisch von den Carcinomen verschieden sind, im übrigen aber die Eigenthümlichkeit des destruirenden Wachsthums, der Metastasenbildung und der Cachexieerzeugung mit ihnen theilen, bei denen eine parasitäre Entstehung als undenkbar bezeichnet werden muss. 4. Auch unter den eigentlichen destruirenden Epitheliomen (Carcinomen) giebt es ganze Gruppen, deren Eigenthümlichkeiten mit der Annahme einer parasitären Entstehung nur sehr schwer vereinbar sind. 5. Selbst für den Fall des einwandfreien Nachweises von Krebserregern müsste, anderen Momenten, wie chronischen Reizen, Vorhandensein embryonal oder postembryonal verlagerten Zellen, eine mindestens ebenso grosse aetiologische Bedeutung wie den Parasiten beigemessen werden.

Ueber die Aetiologie des Carcinoms mit besonderer Berücksichtigung der Carcinome des Scrotums, der Gallenblase und des Magens. Von Dr. Gustav Fütterer, Professor der Pathologie an der Universität in Chicago. Verlag von J. F. Bergmann. Wiesbaden 1901. Mit 32 Abbildungen im Text und 3 Abbildungen auf Tafeln. 124 S.

Nach Verf. handelt es sich heutzutage um zwei mögliche Ursachen des Krebses, die parasitische und die rein-mechanische im Sinne Virchow's. Die Parasitentheorie hat nach Ansicht des Verf. nicht viel Wahrscheinlichkeit für sich, während sich so viele und solch gewichtige Gründe dagegen anführen lassen, dass er es nicht für nöthig hält, sich auf dieselbe in seiner Arbeit weiter einzulassen. Als wichtigster Grund gegen die Annahme einer parasitischen Ursache des Krebses betrachtet F. die Thatsache, dass die Zellen der Organe, in denen sich Krebsmetastasen entwickeln, nicht inficirt werden und dass sie sich nicht an dem Aufbau der Metastasen betheiligen. Die Entwicklung der Metastase selbst findet einzig und allein von den eingeschleppten Zellen der Primärgeschwulst statt. F. bekennt sich daher zur rein-mechanischen Theorie im Sinne Virchow's und nach seiner Vorstellung ist der Vorgang bei der Krebsentwicklung der folgende: Normale Epithelzellen erfahren durch anhaltende Circulationsstörungen Veränderungen ihrer Form

und Function, die in mannigfacher Weise zum Ausdruck kommen. Auch die normale Art des Ersatzes zu Grunde gegangener Epithelien verändert sich in Art und Tempo. Die normale Gruppirung wird dadurch gestört und die wuchernden Epithelzellen dringen, Hand in Hand mit sprossenden Blutgefässen umgeben, von hyperämischem, oedematösem oder rundzellig infiltrirtem Bindegewebe in die Tiefe, von wo aus durch Lymph- und Blutgefässe Krebszellen in verschiedene Organe verschleppt werden. Sehr viele der Zellembolien gehen verloren, während andere durch Wucherung ihrer eigenen Elemente und unter Betheiligung der Blutgefässe des Bindegewebes der Organe die Metastasen bilden.

Zur Stütze für seine Anschauung über die Aetiologie des Krebses macht dann F. eine Reihe casuistischer und statistischer Mittheilungen über künstliche Einpflanzung normaler Epithelzellen, künstliche Ueberpflanzung von Krebszellen, Krebs des Scrotums bei Schornsteinfegern und Paraffinarbeitern, Carcinom der Gallenblase, Entstehung des Magenkrebses vom chronischen runden Magengeschwür und über die künstliche Erzeugung von Magengeschwür und Proliferationsvorgänge an deren Rändern.

Die vorliegende Arbeit Füttere r's bildet ohne Zweifel einen recht beachtenswerthen Beitrag zur Krebsforschung und ist daher sehr lesenswerth.

Ueber die Wirkungen des Wassers und der Bäder auf den gesunden und kranken Körper. Von Dr. Paul Biss. Verlag von Seitz & Schauer. München 1902. 46 S.

Das für das Laienpublicum bestimmte kleine Büchlein enthält Angaben über die thermische, mechanische und chemische Wirkungen des Wassers unter besonderer Berücksichtigung der Sool-, Moor- etc. Bäder, über die Wirkungen der Massage und Gymnastik und giebt Rathschläge für die Lebensführung und Ernährung bei der Gicht, beim Rheumatismus und bei Nervenleiden. Im Hinblick auf die Verschiedenartigkeit der Krankheitsfälle warnt Verf. ausdrücklich davor, aus dem Büchlein Rathschläge für einen speciellen Fall zu schöpfen. Das Büchlein soll nicht dazu dienen, den Arzt entbehrlich zu zu machen, sondern das Publicum zu befähigen, den Rathschlägen desselben mit Verständniss zu folgen. Verf. hat daher mit Recht darauf verzichtet, allzu sehr auf wissenschaftliche Details einzugehen. Ref. glaubt, dass das Büchlein den Zweck, für welchen es geschrieben wurde, vollkommen erfüllt.

Der Bau des menschlichen Körpers. Ein Leitfaden für Masseure von Sanitätsrath Dr. Leopold Ewer. Mit 21 Abbildungen. Fischer's med. Buchhandlung, Berlin. 44 S.

Kursus der Massage. Von Dr. Leopold Ewer. Zweite vermehrte und verbesserte Auflage. Fischer's med. Buchhandlung, Berlin. 183 S.

Gymnastik für Aerzte und Studirende. Von Dr. Leopold Ewer. Mit 76 Abbildungen. Fischer's med. Buchhandlung, Berlin. 134 S.

Die obigen drei Werkchen von dem gleichen Verf. sind in gleicher Weise empfehlenswerth. Das erste derselben ist für das Bedürfniss der Masseure bestimmt, und kann daher der Arzt aus demselben nichts lernen, wohl aber aus den beiden anderen, denn eine gewisse Kenntniss der Massage und Gymnastik sind für den Arzt von heutzutage unerlässlich, auch wenn er nicht speciell Massage oder Orthopaedie betreibt. Die Werkchen behandeln ihre Themata in erschöpfender Weise, sind sehr klar geschrieben und die beigegebenen Abbildungen sind äusserst instructiv. Ein besonderes Capitel über das Radfahren, seinen Nutzen und Schaden, dürfte bei dem Umstande, dass bei der ungemein grossen Verbreitung des Radfahrens der Arzt diese Dinge wissen muss, um seinen radelnden Patienten mit Rath und That beistehen zu können, ganz besonders willkommen sein. Von grossem Interesse sind ferner die Abschnitte über die Geschichte der Massage und die Geschichte der Gymnastik.

Die physicalisch-diätetische Therapie in der ärztlichen Praxis. Von Dr. med. Bernhard Presch in Hannover. Lieferung I. A. Stuber's Verlag. Würzburg 1902.

Die physicalisch-diätetische Therapie wird an den Universitäten und Klinik zu wenig gelehrt und ist auch in den grösseren Handbüchern der speciellen Therapie meist nur sehr stiefmütterlich behandelt, daher es kommen konnte, dass bis in die Neuzeit herein diese Art der Behandlung der Krankheiten gar vielen Aerzten nur vom Hörensagen bekannt war. Es ist unnöthig, hier besonders zu betonen, von welcher Wichtigkeit die physicalisch-diätetische Therapie ist und dass sie der medicamentösen Behandlungsweise vollkommen ebenbürtig an die Seite zu stellen ist, dass nur von einer zweckmässigen Combinirung beider Methoden gute therapeutische Erfolge erwartet werden können. Nur der mangelhaften Schulung mancher Aerzte in der physicalisch-diätetischen Heilmethode ist es zuzuschreiben, dass hie und da der Curpfuscher durch Reiben, Bäder und Waschungen in Fällen Erfolge erzielt, bei denen der Arzt sich lange vergebens bemüht hatte, durch Arzneimittel allein das Leiden zu beseitigen. Das gesammte Material der physicalischen und diätetischen Heilfactoren ist bisher nur in den grossen umfangreichen Hand-

büchern von Goldscheider und Jacob, die in den letzten Jahren erschienen sind, zusammengefasst. Ein rein für practische Zwecke berechnetes Werk, das trotz seiner Kürze alles für die ärztliche Thätigkeit Wissenswerthe enthält und dabei doch nicht zu theuer ist, gab es bis jetzt noch nicht. Darum ist es nunmehr um so freudiger zu begrüssen, dass ein so erfahrener Autor wie Presch diesem Mangel abhilft. Unter möglichster Vermeidung aller dem Practiker überflüssig erscheinender Hypothesen und Theorien bietet er eine präcise, der täglichen Praxis entsprungene Darstellung aller einschlägigen therapeutischen Maassnahmen.

Das Werk zerfällt in 2 Theile, deren erster in alphabetischer Ordnung eine genaue und ausführliche Behandlung sämmtlicher Krankheiten, soweit die physicalisch-diätetischen Heilfactoren in Betracht kommen, deren zweiter eine detaillirte Beschreibung der Technik der Hydro- und Electrotherapie, der Aero- und Pneumatotherapie, der Massage, Gymnastik, Ernährungs- und Psychotherapie enthält. Das ca. 600—700 Seiten in Lex.-Format enthaltende Werk erscheint zunächst in ca. 6 Lieferungen zum Subscriptionspreis von à Mk. 2.— und wird bis März 1903 complett vorliegen. Wir behalten uns vor, nach dem vollständigen Erscheinen des Werkes ausführlicher darüber zu berichten.

Mittheilungen aus der neuesten Journal-Literatur.

1) Boehr: *Ueber die Behandlung Herzkranker mit Kreuznacher Bädern.*

Die Kreuznacher Quellen mit ihren durchschnittlich 1 proc. Kochsalzgehalt gleichen in ihrer übrigen Zusammensetzung ziemlich genau den Nauheimern, es fehlt ihnen nur die freie Kohlensäure.

Die vom Verf. im Laufe des vergangenen Sommers beobachteten zehn Fälls haben für die Casuistik den Vortheil einer grossen Gleichmässigkeit, indem es sich, wie ja bei sanitätsstatistischen Zusammenstellungen über Militärpersonen überhaupt, um Menschen gleicher Altersklassen, Beschäftigungen u. s. w., ausserdem auch ausnahmslos um relativ frische Fälle handelt. Von den zehn Fällen waren ganz frisch drei, indem sich bei ihnen die Herzerscheinungen unmittelbar an einen in den späteren Wintermonaten vorigen Jahres durchgemachten Gelenkrheumatismus bezw. bei Fall VIII an eine zu derselben Zeit bemerkte hämorrhagische Nephritis angeschlossen hatten. Bei zwei Fällen war in den ersten Winter- und Frühjahrsmonaten 1900 ein acuter Gelenkrheumatismus vorhergegangen, bei einem im Jahr 1896, bei

allen drei Fällen Herzerscheinungen erst im Frühjahr vorigen Jahres. Bei zwei weiteren Fällen bestanden schon seit einer längeren Reihe von Jahren Herzbeschwerden leichterer Art, manifeste Herzerscheinungen traten erst im Laufe des vergangenen Winters auf. Nur zwei der zehn Fälle waren älteren Datums. Acht Fälle waren wohl characterisirte, in der Entstehung begriffene oder schon ausgebildete Klappenfehler (Schlussunfähigkeit der zweizipfligen Klappe), zwei Fälle idiopathische Herzaffectionen mit ziemlich bedeutenden Circulationsstörungen, Herzdehnung, erheblicher Pulsbeschleunigung, Herzschmerzen, Angstzuständen und grosse Leistungsunfähigkeit.

Verf. verordnete nur Bäder, und zwar: nur die ersten Bäder wurden in unvermischter Sole gegeben und dieselben schon nach den ersten Tagen durch Mutterlaugenzusatz gradatim verstärkt, worauf dann das characteristische Gefühl des „Angegriffenseins" nach dem Bad hervortrat. Nach dem Bad Ruhelage. Verf. sieht in der Kreuznacher Mutterlauge einen wichtigen Factor, der auf das Herz- und Gefässsystem einwirkt. Kurze, kühle Bäder wurden angewendet, dabei beständig individualisirt; das Maximum des Mutterlaugenzusatzes betrug 5—6 l, in einem Fall 8 l. Temperatur nicht unter 31,5°. Dauer: 10 Minuten bis 25 Minuten Maximum.

Als Unterstützung der Cur wandte Verfasser die Oertel'sche saccadirte Athmungsmethode, Einathmung in drei Stössen. Ausathmung in zwei Stössen an, die bei Spaziergängen geübt wurde. Spaziergänge mit einer Ausnahme wurden nur auf ebenem Weg gestattet. Die Pat. waren bei den Franziskanerbrüdern untergebracht, hatten kräftige Nahrung, 1½ l Milch pro Tag mit 3,0 g Cognac pro Liter, sonst keine alkoholischen Getränke.

Es folgen nun die Krankengeschichten. Bei Vergleichung der einzelnen Aufnahme- und Entlassungsbefunde ergiebt sich nun sofort die ausnahmslos eingetretene Gewichtszunahme der Leute, die Zunahme des Fettpolsters und die bessere Gesichtsfärbung als Ausdruck besserer Blutbildung. Ausnahmslos war bei dem Fortgang der Cur ein merkliches Langsamerwerden des Pulses zu bemerken, welches bis gegen Ende der Cur anhielt und als eingetretener Dauerzustand zu betrachten war. In gleicher Weise nahm Spannung und Wellenhöhe des Pulses zu. Was die durch die Percussion feststellbaren Grössenverhältnisse des Herzens betrifft, war nur bei einem Falle unter dem Einfluss der sechswöchentlichen Cur ein ganz merklicher Zurückgang der zu Beginn derselben bestehenden Herzdehnung eingetreten. In den übrigen Fällen war eine Veränderung der Herzdämpfung nicht zu bemerken. In zwei Fällen verschwanden die anfangs hörbaren systolischen Geräusche an der Spitze. In sieben Fällen änderten sie sich nicht. Das Gesammtresultat der Behandlung ist sonach

als ein überaus günstiges zu bezeichnen und ermuntert durchaus zu weiteren Versuchen in der gleichen Richtung. (Berliner klin. Wochenschr., 1902 No. 21 und 22, ref. Deutsche Praxis, 1902 No. 19.)

2) M. Blumberg: *Untersuchungen über die Wirkung des Sublamins (Quecksilbersulfataethylendiamin) als Desinfectionsmittel.*

Bei den Untersuchungen, die Verf. gemeinsam mit Prof. Kroenig an der Zweifel'schen Klinik betreffs der Händedesinfection ausgeführt hatte, ergab das bei weitem günstigste Resultat die Combination der mechanischen Desinfection mit der Imprägnation der Haut mit einer Quecksilbersalzlösung. Bedingung für die Wahl einer bestimmten Quecksilberverbindung ist, dass dieselbe in möglichst tiefe Theile der Haut einzudringen vermag. Zur Händedesinfection werden zur Zeit gewöhnlich Sublimatlösungen angewandt, es lässt sich jedoch nicht leugnen, dass gerade das Sublimat auch grossen Nachtheil hat. Es ist ein starkes Aetzmittel und kann von einer nicht geringen Zahl von Aerzten überhaupt nicht angewandt werden, da sie ein heftiges Eczem darnach bekommen. Abgesehen von diesen Aerzten, die eine directe Idiosyncrasie gegen Sublimat haben, erzeugt bei intensiverer Anwendung das Sublimat fast bei allen Händen eine gewisse Rauheit und Sprödigkeit. Die gute Beschaffenheit der Hautoberfläche ist aber ein erstes Erforderniss für das Gelingen der Desinfection, ein Postulat, dessen hohe Bedeutung von allen Autoren übereinstimmend anerkannt wird. Bei dieser starken Reizwirkung des Sublimats ist es natürlich auch ausgeschlossen, in gewissen Fällen, wo es erwünscht wäre, eine noch höhere Concentration des Sublimats als die übliche anzuwenden. Ein weiterer Nachtheil des Sublimats besteht in seiner mangelnden Tiefenwirkung, welche speciell bezüglich der Hautdesinfection erwiesen ist.

Vorstehende Erwägungen führten Prof. Kroenig und Verf. dazu, nach einem Quecksilbersalz zu suchen, welches von solcher Reizlosigkeit wäre, dass man es in beliebig hohen Concentrationen anwenden kann, und dass dadurch in Fällen, wo unsere Hände mit hochvirulentem Eiter in Berührung gekommen sind, eine grössere Sicherheit für eine Desinfection gewähre; ausserdem sollte die Tiefenwirkung möglichst gesichert sein. Kroenig und Verf. liessen sich dann von der Chemischen Fabrik von Schering in Berlin eine Verbindung des Quecksilbercitrats mit Aethylendiamin herstellen, indem sie an die Erfolge dachten, welche die Verbindung des Silbers mit Aethylendiamin, das Argentamin, gerade durch seine Tiefenwirkung bei der Gonorrhoe zu verzeichnen hat. Die mit dem neuen Desinfec-

tionsmittel angestellten Versuche ergaben in der That ganz ausgezeichnete Resultate, welche auch von anderer Seite, Schenk und Zaufal, nachgeprüft und bestätigt wurden. Einen Uebelstand suchten nun Kroenig und Verf. noch abzustellen, der für die Handlichkeit des Präparates von grösster Wichtigkeit ist: das Quecksilercitrataethylendiamin ist eine Flüssigkeit. Durch zahlreiche Versuche ist es nun der Scherin g'schen Fabrik gelungen, durch die Verbindung des Quecksilbersulfats mit Aethylendiamin ein festes Präparat herzustellen, welches sich momentan bis zu den höchsten Concentrationen in Wasser löst.

Verf. berichtet dann genauer über das Resultat seiner im hygienischen Institut zu Berlin mit dem neuen Präparate vorgenommenen Untersuchungen, das als ein sehr günstiges bezeichnet werden muss. Was die practische Anwendung des Sublamins betrifft, so hebt B. nur hervor, dass das Präparat von Prof. Kroenig in seiner ausgedehnten operativen Praxis bei sämmtlichen Laparatomien und sonstigen Operationen zur Desinfection der Hände und der Haut mit ausgezeichnetem Erfolge angewandt wird, und dass die Hände bei dauerndem Gebrauch des Sublamins sich beständig in tadellosem Zustande befinden. Kroenig braucht in seiner Klinik Sublamin in Concentrationen von 1:500 bis 1:1000 zur Desinfection der Hände und der Haut der zu Operirenden. Sobald die Hände mit infectionsverdächtigem Material in Berührung gekommen sind, wird die Concentration auf 1:300 bis 1:200 gesteigert, ohne dass jemals eine Reizerscheinung der Hände beobachtet worden wäre. Ausserdem wird die Seide ebenfalls mit wässeriger Sublaminlösung 1:300 gekocht, in Anlehnung an das Kocher'sche Verfahren, nur mit der Aenderung, dass an Stelle des Sublimats die Lösung von Sublamin 1:300 zugesetzt wird.

Verf. zieht aus den Ergebnissen seiner Versuche und aus seinen Beobachtungen folgende Schlüsse:

Das Quecksilbersulfataethylendiamin (Sublamin) ist ein Desinfectionsmittel, welches folgende Eigenschaften hat:

1. Es steht dem besten der bekannten Desinfectionsmittel, dem Sublimat, an Desinfectionskraft nicht nach.

2. Es hat vor dem Sublimat den Vorzug voraus, dass es selbst in höchsten Concentrationen die Haut nicht reizt.

3. Es gewährt infolge seiner Reizlosigkeit die Möglichkeit, in Fällen, wo unsere Hände mit einem hochvirulenten Infectionsstoff in Berührung gekommen sind, durch beliebig hohe Steigerung der Concentration der Lösung eine noch grössere Desinfectionswirkung zu erzielen als mit Sublimat.

4. Es übt voraussichtlich eine viel grössere Tiefenwirkung aus als das Sublimat.

5. Sublamin ist ein Salz, das sich momentan selbst in hoher Concentration in Wasser löst, während Sublimat bezw. Sublimat-

pastillen einer bedeutend längeren Zeit zu ihrer Lösung bedürfen; ein Moment, welches bei der Anwendung des Desinfectionsmittel in der Praxis von einer gewissen Annehmlichkeit ist.

6. Sublamin lässt sich in Form von Pastillen herstellen, die sich bedeutend schneller als Sublimatpastillen lösen. (Münchener med. Wochenschr., 190 No. 37.)

SITZUNGSBERICHTE.

Deutsche Medicinische Gesellschaft der Stadt New York.

Montag, den 7. April, 1902.

17 West 43. Strasse.

Präsident Dr. Geo. W. Jacoby eröffnete die Sitzung um 8¼ Uhr.

Secretär Dr. John A. Beuermann verliest das Protocoll der vorigen Sitzung, welches genehmigt wird.

1. *Vorstellung von Patienten, Demonstration von Praeparaten, Instrumenten etc.*

Dr. C. D. Isenberg: Ein Fall von *Astasie-Abasie.*

Es thut mir sehr leid, dass ich die Patientin nicht vorstellen kann. Sie hat wahrscheinlich wegen des schlechten Wetters nicht kommen können.

Dr. H. J. Garrigues: Demonstration eines *Ovarialtumors (Endothelioma.)*

Die soliden Ovarialtumoren sind alle mehr oder weniger selten, am häufigsten sind die Fibrome. Die pathologische Diagnose wurde zuerst von Dr. Bandler gemacht und ist später von Dr. Heitzmann und Prof. Ewing an Cornell University bestätigt worden. Etwas, worauf Gewicht zu legen ist, ist die Frage, was man in solchen Fällen mit dem anderen Ovarium thun soll. Es ist häufig die Theorie aufgestellt worden, dass alles weggenommen werden soll. In diesem Fall fand ich den rechten Eierstock vollständig gesund, den Uterus ebenfalls, mit Ausnahme des blutenden, schwammigen Cervix. Nachdem sich die Patientin etwas erholt hatte, schnitt ich ein Stück aus dem Cervix und untersuchte es microscopisch. Es fand sich, dass der Cervix vollständig gesund war. Selbst wenn es unglücklicherweise so kommen sollte, dass im Lauf der Jahre der zweite Eierstock angegriffen wird, so ist doch viel gewonnen. Die Patientin ist vollständig wohl. Sogar die Menstruation, die dritthalb Jahre vor

der Operation aufgehört hatte, ist seit derselben regelmässig gewesen. Sie hat die nothwendigen Organe, um alle weiblichen Functionen auszuführen, und ich glaube also, dass ihr viel mehr damit gedient ist, dass ich mich damit begnügt habe, den Tumor zu entfernen. (Eigenreferat.)

Dr. Jaeger (Patientin vorstellend).

Dr. Max Rosenthal (Patientin vorstellend): Dieser Patient ist 47 Jahre alt und seit 15 Monaten krank. Anfangs klagte er nur über eine leichte Schwellung der Leistendrüsen, die in kurzer Zeit wieder verschwand. Ich habe ihn dann 6 Monate lang nicht gesehen. Vor 8 Monaten kam der Patient wieder mit einer ziemlich bedeutenden Schwellung der Leisten- und Maxillardrüsen. Zur Zeit ergab die Blutuntersuchung nur eine geringe Zunahme der weissen Blutkörperchen. Während der letzten Monate hat sich aber eine colossale Zunahme derselben herausgestellt, und heute gestaltet sich das Verhältniss wie 1:2. Die Milz hat auch in der letzten Zeit colossal zugenommen, so dass sie jetzt das ganze Abdomen einnimmt. In den letzten vier Wochen klagte Patient über Schmerzen in der linken Seite des Abdomen, die auf Perisplenitis zurückzuführen sind. Eine consequent durchgeführte Arsenikbehandlung im Anfang der Krankheit verursachte auf kurze Zeit eine Verminderung der Drüsen. Der Mann konnte wieder arbeiten, aber das hielt nicht lange an, und er wurde nach ein paar Wochen wieder schlimmer. Es ist ein typischer Fall von Leucämie

Dr. Max Toeplitz: Ich möchte Ihnen gern ein microscopisches Präparat zeigen, das von einem Patienten stammt, den ich vor 3 Wochen in der deutschen Poliklinik gesehen habe. Der Mann klagte über Beschwerden im rechten Ohr ohne wesentliche Gehörstörung. Er bot eher Anomalien der Spannung des Trommelfells dar. Er empfand subjective Hörstörungen und hatte ein dumpfes Gefühl. Bei Untersuchung des Gehörgangs fand ich eine schwarze Flechte, welche die hintere Hälfte des rechten Trommelfells bedeckte. Als ich versuchte, diese Masse mit der Ohrenspritze und Pincette zu entfernen, gelang es mir nicht. Ich musste zu dem Ringmesser meine Zuflucht nehmen, und dann kam die Masse mit einem Ruck heraus. Die microscopische Untersuchung ergab, dass sie aus Aspergillus niger bestand. Dr. Kreuter war so freundlich eine Cultur davon zu machen, die Sie hier sehen, ebenso wie das microscopische Präparat des Pilzes. Dieser Zustand ist sehr bekannt, aber hierzulande sind die Fälle nicht gar häufig. Ich habe selber nur drei oder vier Fälle dieser Art hier gesehen. Das kann daran liegen, dass wir in der Stadt nicht so häufig Gelegenheit haben, Aspergillus zu beobachten, weil sie meist bei Leuten vorkommen, die sich mit Landarbeit beschäftigen und viel mit Vegetabilien in Berührung kommen.

2. Vorträge.

a. Dr. Max Toeplitz: *Beitrag zur Casuistik der Stirnhöhlenerkrankungen und deren Complication mit Augenaffectionen.* (Vortrag ist in der Augustnummer publicirt.)

Discussion. Dr. H. Knapp: Die Stirnhöhle ist ein Ort, der mit verschiedenen sehr wichtigen Organen zusammenhängt, wie die Nase, die Augenhöhle, das Gehirn. Bekannt ist die Ausdehnung des Empyems von der Stirnhöhle aus in die anderen pneumatischen Höhlen des Kopfes, und die Erscheinungen, denen wir darin begegnen, sind vielfacher Natur. Kopfschmerzen, Schwindel und zuweilen auch Sehstörungen kommen in sehr bedeutender Anzahl und in einer sehr hervorragenden Entwickelung vor. Ich habe in meiner langjährigen Thätigkeit sehr viel von diesen Affectionen gesehen und, ich möchte fast sagen, alle möglichen Combinationen gefunden. Die einfache Ausdehnung des Empyems von irgend einer dieser Nebenhöhlen aus und namentlich von der Stirnhöhle, geht leicht von einer zur anderen, und nicht selten durch sämmtliche Höhlen durch: Von der Stirnhöhle in die vorderen und hinteren Zellen des Siebbeins, von diesen in das Antrum Highmori, und weiter nach hinten in die Sphenoidalsinuse; von diesen in die Schädelhöhle. Dabei sind denn auch die bedeutendsten Erscheinungen von Seiten des Gehirns vorhanden. Die Sehstörungen, welche sich in Verminderung der Sehschärfe in Verengung des Sehfeldes ankündigen, können bis zur vollständigen Blindheit führen. Dabei findet man den Sehnerven, soweit man ihn mit dem Augenspiegel sehen kann, geschwollen und entzündet. Eine Stauungspapille ist nicht das einzige, sondern es ist ein viel weiter ausgedehnter entzündlicher Process, eine optische Neuritis, welche mit ganz bestimmten thrombostischen Erscheinungen einhergeht. Die Sehnerven-Papille ist mit einem weiten Umkreise der Retina geschwollen, man sieht sie kaum, die Arterien sind mehr oder minder zusammengedrückt, und die Venen ungemein ausgedehnt, gewunden und schwarz. Dabei findet man Schwellung der Augenlider und Exophthalmus in Folge von der durch die Thrombose entstandenen Schwellung des Zellgewebes der Obita. Aber das ist nicht die einzige Ursache, sondern es ist auch das Empyem, das durch Ausdehnung der Ethmoidalzellen und der Sphenoidalzellen den Augapfel nach vorn treibt. Diese Erscheinungen sind mitunter so ausgesprochen, dass die Diagnose eines Hirntumors vielfach gemacht worden ist. Ich habe in der letzten Zeit mit einigen anderen Aerzten einen Fall derart in Beobachtung gehabt, wo ein Hirntumor diagnosticirt wurde, und zwar vorzüglich wegen der Anwesenheit der optischen Neuritis. Es lagen aber Anschwellungen der Ethmoidalzellen und ganz besonders der Stirnhöhle vor, die die bekannten Erscheinungen zeigten, während beständiger

Kopfschmerz, das nie fehlende Symptom der Tumoren im Gehirn, fehlte. Der Fall wurde von meinem Sohne operirt, und es zeigte sich ein sehr ausgedehntes Empyem der Stirnhöhle und den Ethmoidalzellen, welches auch in die Schädelhöhle durchgebrochen war. Die obere Wand der Stirnhöhle war necrotisch, die Dura mater verfärbt, aber nicht durchgebrochen. Der Fall verlief ziemlich langsam. Nach und nach reinigten sich die Höhlen. Die Ethmoidal- und Sphenoidalhöhle und natürlich auch die Stirnhöhle mit der anliegenden Schädelhöhle waren alle zusammen krank. Es waren übrigens keine Polypen da. Nach und nach sind diese Symptome zurückgetreten. Der Fall ist noch nicht zu Ende, aber die optische Neuritis ist ungeheuer viel besser, namentlich ist die hochgradige Stauung in den Retinalvenen sehr viel geringer. Ich habe Fälle gesehen, bei denen *das Empyem ein consecutives war.* Es zeigten sich in der Stirnbeinhhle und den benachbarten Gesichtshöhlen, selbst im Gehirn am Sinus cavernosus, *sarcomatöse Geschwülste.* Sie zeigen sich im Hals, erfüllen den Nasenrachenraum und eine oder beide Augenhöhlen. Ich erinnere mich eines Falles, der elf mal operirt wurde, wo die Geschwülste immer wiederkehrten, Athemnoth und Erstickungsanfälle herbeiführten, und bei der elften Operation — es war ein Südländer aus Central-Amerika — war die Geschwulst so, dass sie die sämmtlichen Höhlen ausfüllte. Das Empyem und die damit verbundenen Sarcome sind durch Usur des Knochens gebildet, und das Empyem kommt vor der Geschwulst zum Vorschein, so dass man sehr leicht die Vermuthung bekommt, dass die Eiterung eigentlich das primäre ist, es kommt sogar vor, dass man selbst bei der Obduction im Zweifel ist, was eigentlich das primäre ist, die Eiterung und Necrose dieser Zellen und die nachherige Verdickung der Dura, oder ob es von Anfang an eine Geschwulst der Dura ist, die durch Druck Usur des Knochens und Eiterung hervorbringt. Einen solchen Fall habe ich einmal bei einem Arzt beobachtet. Ich wurde dazu gerufen, als das Auge schon nach vorn getrieben war. Die optische Neuritis war sehr bedeutend, das Gesicht vollkommen verdunkelt, die Rhinologen zögerten mit der Operation von der Nase aus, und zur Operation von der Augenhöhle aus, um von da in die Nebenhöhlen vorzudringen, entschloss man sich erst, als so schlimme cerebrale Erscheinungen vorlagen, dass sie nicht zu vermeiden war. Die Operation war auf den nächsten Morgen festgesetzt, aber in der Nacht starb der Patient. Bei der Section zeigte sich der Symptomencomplex von Empyem, Usur des Knochens und einer sarcomatösen Anschwellung der Dura Mater über der Sella turcica und um den Sinus cavernosus. Wenn wirklich Sarcome oder Carcinome die Ursache sind, so sind die Fälle ja tödtlich, aber die Empyeme sind nicht nur heilbar, sondern sogar dankbar. Es ist durchaus nicht nothwendig, dass man mit der Operation lange

wartet, denn selbst wenn man im Zweifel ist, ist eine explorative Operation der Stirnhöhle nicht gefährlich. Ich habe früher am Sinus frontalis immer in der Weise operirt, dass ich einen Bogenschnitt längs dem inneren, oberen Augenhöhlenwinkel machte, von da eindrang und die untere Wand der Stirnhöhle bloslegte. Ich war dabei ganz besonders ängstlich, nicht mit der Sehne des oberen schiefen Augenmuskels in Collision zu kommen, weil diese Verletzung der Sehne sehr unangenehmes Doppelsehen auf Lebenszeit bedingen kann. Vor ungefähr drei Jahren lernte ich die Operation von J a n s e n kennen, indem mein Sohn eine von diesen Operationen ausführte. Dieselbe ist so zweckmässig und leicht, dass ich sie später auch mehrmals ausgeführt habe, und immer mit gutem Erfolg. Herr Dr. T ö p l i t z hat dies ja auch angeführt. Man braucht sich durchaus nicht vor der Sehne des oberen schiefen Augenmuskels zu fürchten, sondern man dringt mit einem Bogenschnitt einfach durch die Haut und das Periost bis auf den Knochenrand der Orbita ein, und dann schiebt man das ganze Paket Orbitalinhalt mit Periost und Sehne zur Seite, geht in den Sinus frontalis ein, verfolgt und entfernt das Kranke so weit es sich erstreckt, was nur nicht selten auch auf die andere Seite führt, sowohl in beiden Stirnbein-, als in beiden Siebbeinhöhlen, welche man dann mit einem gewöhnlichen Kautschukrohr drainirt, das man entweder unter der Stirne oder durch ein oder beide Nasenlöcher heraushängen lässt. Die Wunde kann man austamponiren. Man braucht sich gar nicht um die Sehne des oberen schiefen Augenmuskels oder den ganzen Inhalt der Orbita zu kümmern. Diese sind mit dem Periost verwachsen und das Periost nimmt wieder seinen Platz an dem Knochenrande ein, der ja meist gesund ist, und einen vortrefflichen Ansatz zur Wiederanlegung des Orbitalinhaltes bietet. Ich habe nach dieser Operation keine Diplopie gesehen, sondern unerwartet gute Erfolge. Ich will damit aber nicht gesagt haben, dass ich die J a n s e n'sche Operation für alle Fälle empfehle, in den extremen Fällen ist sie gewiss die beste. Ich möchte noch eins sagen. Das betrifft das Auftreten der optischen Neuritis. Diese ist nicht so selten und ist mit sehr bedeutenden Folgeerscheinungen verbunden, mit Blindheit, und zwar Blindheit durch das erste Auftreten der Sehnerven-Entzündung, und diese kommt an beiden Augen vor. Von einem geht sie gewöhnlich auch auf das andere über, weil beide Stirnhöhlen, wenn einmal grosse Usur da ist, in einander übergehen. Davon habe ich eine Anzahl Fälle gehabt. Einer ist mir immer im Gedächtniss. Ich sah ihn in Consultation, nachdem er sich zwei jahrelang bei allen möglichen Aerzten herumgetrieben. Keiner hatte gewagt, den Fall anzugreifen, bis an dem einen Auge eine vollständige Sehnervenatrophie vorhanden war, und am anderen eine vorgeschrittene Atrophie, welche ihren entzündlichen Ursprung noch deutlich erkennen liess. Empyem

war in beiden Stirnhöhlen vorhanden. Die Augäpfel waren etwas vorgedrungen und die Ethmoidal-Höhlen gleichfalls voll von Empyem und ebenso die Oberkieferhöhlen, so dass der ganze Ring der lufthaltigen Gesichtshöhlen cariös und necrotisch war. Ich rieth sofort zur Erhaltung des geringen Sehvermögens, welches die Person noch hatte — es war ein Mädchen von 20 Jahren — dass man alle Höhlen ausräumte, damit der Sehnerv von Druck entlastet würde. Dies geschah durch Dr. Abbe, das Mädchen blieb am Leben, wurde aber vollkommen blind. Die Stirnhöhle ist wohl diejenige unter den Gesichtshöhlen, welche am meisten von Empyem angegriffen wird. Ihre Lage ist derart, dass ihr Abfluss ungeheuer leicht gehemmt wird. Dann sind ihre Wände dünn und werden sehr leicht angenagt. Man muss dies im Auge behalten und die Anfangserkrankung der Stirnhöhlen behandeln. Die Cur ist sehr einfach. Die Eröffnung der Stirnhöhle erfolgt ohne besondere Gefahr, und wenn noch keine cerebrale Complication vorhanden ist, ist diese Operation auch sehr dankbar und ungefährlich. (Dr. Max Toeplitz: Ich möchte fragen, ob Sie vielleicht Erfahrung mit Lidabscessen haben, wie er in meinem Fall vorgekommen ist). Im oberen Lide ja, im unteren Lide ist mir kein Fall erinnerlich. Diese können auch vom Thränenapparat herrühren. Die eitrigen und cariösen Processe des Thränenapparates gehen oft in die Highmorshöhle über. Der Thränenapparat ist auch eine pneumatische Höhle des Gesichts. Er gehört zur Nase, ist in Verbindung mit den anderen Höhlen und drainirt auch in die Nase wie all die Gesichtshöhlen. — Dr. Max Toeplitz (Schlusswort): Wenn ich in meinem Vortrag anfangs gesagt habe, dass die Beobachter nur einzelne Beobachtungen in dieser Beziehung gemacht haben, so muss ich Herrn Dr. Knapp davon ausnehmen, der grosse Erfahrung darin hat, und ich bin ihm deshalb sehr dankbar, dass er auf meine Veranlassung hierher gekommen ist und an der Discussion theilgenommen hat. Dr. Knapp ist wohl einer der ersten, der auf diesem Gebiet gearbeitet hat, und einer der allerersten, die in der Literatur erwähnt werden. Die Ophthalmologen beobachten weitergehende Fälle als wir, da solche Fälle von Betheiligung sämmtlicher Nebenhöhlen und des Auges beim Sarcom, die zugleich das Gehirn und das Auge und alle Nebenhöhlen einbegreifen, wohl kaum in die Hände des Rhinologen kommen, und deshalb ist die Frage der Operation von der Nase aus doch eigentlich gar nicht von solcher Unwichtigkeit für die Anfänge der Empyeme. Mein Fall ist ein besonders glücklicher, da nur die Stirnhöhle und die Siebbeinhöhle afficirt war. Der Augenhintergrund war vollständig normal. Auch die Oberkieferhöhle war nicht afficirt. Ich habe das ganz genau untersucht. Ich glaube den Erfolg diesem Umstande zuschreiben zu können. Ich möchte nur hinzufügen, dass ich das vollständig unterschreibe,

dass man vom Auge aus, vom oberen Brauenbogen aus die Operation sehr gründlich machen kann, und dass man nicht nöthig hat, erst die Vorderwand wegzunehmen und eine osteoplastische Resection zu machen, sondern dass es ausreichend ist, wenn man die untere Wand mit Beschützung der Trochlea wegnimmt. Dann kann man mit der gebogenen Curette und mit Hilfe des Fingers eruiren, wie weit die Höhlen afficirt sind, und man kann die Siebbeinhöhle mit Vermeidung der perforativen Platte auch gründlich ausräumen. In meinem Fall war absolut kein Eiter und kein Polyp mehr vorhanden, nachdem ich mit der Operation, die drei Stunden dauerte, fertig war. Die Drainage lässt sich durch die natürliche Nasenöffnung sehr leicht machen, wenn man an die Oese einer Sonde einen Faden bindet und an den Faden das Drainagerohr, und dann durch die natürliche Oeffnung, die man vorher durch eine Nasenoperation erweitern kann, die Drainageröhre hindurchführt. Es wird in der letzten Zeit behauptet, dass eine Obliteration der Höhle ohne Drainage besser zu Stande kommt als mit Drainage. Ich möchte doch nicht die Drainage vermissen und behaupten, dass in meinem Fall die Obliteration, wenn auch erst nach Wochen, aber trotz Drainage zu Stande gekommen ist. Ich möchte nicht ohne Weiteres die Höhle ausfüllen, sondern halte die tägliche Nachbehandlung nach gründlicher Ausräumung der Höhle für sehr wichtig. — Dr. H. Knapp: Wenn ich noch ein paar Worte hinzusetzen darf über die Ausbreitung der Gefahren der Stirnhöhle nach dem Gehirn zu, so kann ich sagen, dass Epiduralabscess, Pachymeningitis und Stirnlappenabscess vorkommen; davon habe ich auch Beispiele gesehen. Von letzterem habe ich einen Fall mit Section gehabt. Eine anscheinend gesunde junge Frau, die nach ungefähr acht Tagen ohne besondere Erscheinungen gehabt zu haben, starb, wie die Section erwies, an einem Abscess im Stirnlappen. Die Stirnlappenabscesse verursachen bekanntlich keine localen und überhaupt unbedeutende Gehirnerscheinungen. Die Kranke hatte nur etwas Reizbarkeit gezeigt. Aber immer, wenn man Stirnhöhlenabscesse oder Empyem findet mit irgendwelchen cerebralen oder unbestimmten Erscheinungen, sollte man daran denken, dass ein Fortgang durch die obere Wand der Stirnhöhle stattgefunden haben mag.

b. Dr. J. Kaufmann: *Bemerkungen über Magensaftfluss und tetanische Anfälle beim chronischen Magengeschwür.*

Präsident Dr. Geo. W. Jacoby: Ich bin fest überzeugt, dass dieser sehr interessante Vortrag zu einer breiten Discussion Anlass geben wird. Unsere Zeit ist leider abgelaufen; ich möchte aber nicht sehen, dass der Vortrag ohne Discussion hingeht, und ich würde gern einem Antrag entgegensehen, entweder die heutige Sitzung zu verlängern oder die Discussion in der nächsten Sitzung vorzunehmen.

Aus der Mitte der Versammlung wird der Antrag gestellt und unterstützt, die Discussion des Vortrags auf die Tagesordnung der nächsten Sitzung zu setzen, und die Versammlung beschliesst diesem Antrag gemäss.

3. *Abstimmung über die Candidaten.*

Nach erfolgter Abstimmung, theilt der Präsident mit, dass die folgenden Herren, Drs. A. H. Gardner, H. Kreuder, G. Eckstein und F. Grosse, als Mitglieder der Gesellschaft aufgenommen worden sind.

Schluss und Vertagung.

Dr. John A. Beuermann, prot. Secretär.

Montag, den 5. Mai 1902.

Präsident Dr. G. W. Jacoby eröffnet die Sitzung um 8¼ Uhr.

Secretär Dr. John A. Beuermann verliest das Protocoll der letzten Sitzung und wird dasselbe angenommen.

Der Präsident theilt mit, dass der Verwaltungsrath beschlossen habe, eine Anzahl Veränderungen zu den Statuten und Nebengesetzen zu empfehlen; dieselben werden vom Secretär verlesen und erst einzeln, dann *en bloc* durch Antrag angenommen.

Es wird ferner beschlossen, die neueren, den Unterstützungsfond betreffenden Beschlüsse den Statuten beizufügen und zusammen drucken zu lassen.

1. *Vorstellung von Patienten, Demonstration von Präparaten, Instrumenten etc.*

Dr. F. E. D'Oench (Patienten vorstellend): Der Patient, den ich heute Abend vorstellen will, zeigt eine seltene Form von Schielen, die hie und da einmal zur Beobachtung kommt. Es ist ein Fall von Schielen nach oben im lingen Auge. Der Knabe schielt schon seit der frühesten Jugend, und das Auge ist infolgedessen schwachsichtig. Das rechte Auge hat fast normale Sehschärfe. Wenn Sie das rechte Auge bedecken und das linke Auge zum Fixiren zwingen, weicht das rechte Auge ab, das linke geräth beim Fixiren in leichte Schwingungen. Der Knabe soll operirt werden. Seine Mutter wünscht es mehr um des cosmetischen Effectes als des Sehens willen. Ich glaube nicht, dass der Patient irgend wie besser sehen wird.

Dr. Rud. Denig (Patientin vorstellend): Es handelt sich hier um einen Fall von *Keratoconus*. Von operativen Maassnahmen, die in solchen Fällen verschiedentlich versucht wurden, möchte ich bemerken, dass man hie und da den Kegel des Keratoconus ausgeschnitten hat, um dadurch Verwachsung der dahinterliegenden Iris mit der Hornhaut zu bewerkstelligen. Die Ver-

suche in dieser Hinsicht sind im allgemeinen nicht besonders günstig gewesen, insofern als die Gefahr einer intraoculären secundären Drucksteigerung immer vorliegt, und ferner da es, wenn man den Kegel ausschneidet, leicht zu Panophthalmitis kommen kann. So hat Sattler in Cincinnati eine Reihe von Fällen veröffentlicht, in welchen es im Anschluss an diese Operation zur Panophthalmie gekommen war. Als weitere operative Maassregel möchte ich erwähnen, dass man Scarificationen ausgeführt hat, ohne besondere Erfolge damit zu erzielen. Endlich hat man, und das scheint mir das rationellste zu sein, Cauterisation des Kegels, und zwar wiederholte oberflächliche Cauterisationen vorgenommen, um dadurch den Kegel in ein narbiges Gewebe zu verwandeln, ihm grössere Resistenzfähigkeit beizubringen und den Fortschritt des Keratoconus aufzuhalten. Ich habe mich in diesem Fall für das letztere Verfahren entschieden, aber nicht allein den Kegel verschorft, sondern auch die nächste Umgebung in einem Bereich von ca. 3½ mm von der Kegelspitze entfernt, indem ich mich von der Ueberlegung leiten liess, dass, selbst wenn man der Kegelspitze allein eine höhere Resistenz beigebracht hat, dies doch nicht im Stande sein wird, dass Fortschreiten des Keratoconus vollständig aufzuhalten; ich legte vielmehr drei concentrisch zu dem bereits vorher verschorften Kegel gestellte Ringe mittelst des zum Glühen gebrachten Knopfes einer Sonde an. Den ersten Ring legte ich ca. 3½ mm vom Hornhautkegel entfernt, nach 14 Tagen brachte ich den 2. Ring an, der näher zur Kegelspitze lag, und endlich nach vier Wochen den dritten nahe dem Kegel gelegenen Ring und beendete damit mehr oder weniger das zum Aufhalten des Keratoconus bestimmte Verfahren. Nachdem hierdurch der Kegel mehr oder weniger in Narbengewebe verwandelt war, nahm ich eine Tötowirung dieser ganzen Partie vor, einmal um die grauweisse Narbe zu beseitigen, indem ich sie mit chinesischer Tusche schwarz färbte, und um gleichzeitig durch Eindringen von Tuschepartikelchen dem Narbengewebe eine höhere Resistenz zu verleihen. Da das Sehvermögen in diesem Fall sehr herabgesunken war, führte ich zum Schlusse noch eine optische Iridectomie nach unten innen aus, und es hat sich nunmehr das Sehvermögen mit Hülfe eines stark convex cyl. Glases auf ein Drittel des normalen gehoben.

Präsident Dr. Geo. W. Jacoby: Ehe wir in der Tagesordnung fortschreiten, ersuche ich den Secretär, einen Brief von Dr. F. Lange vorzulesen.

Corr. Sec. Dr. F. J. Leviseur liest wie folgt. (Inser.).

Präsident Dr. Geo. W. Jacoby: Es macht uns natürlich grosse Freude, diese Gabe anzunehmen, und ich bitte Sie, auch die Worte, mit denen Dr. Lange seine Gabe begleitet hat, tief beherzigen zu wollen.

Ferner schickte mir Dr. Lange auch eine Aufforderung zur Betheiligung an der Schaffung eines Denkmals für Prof. Esmarch. Ich werde den Aufruf dann cirkuliren lassen und werde auch für weitere Verbreitung sorgen.

2. Vorträge. a). Discussion des von Dr. Kaufmann gehaltenen Vortrages: *Bemerkungen über Magensaftfluss und tetanische Anfälle beim chronischen Magengeschwür.*

Präsident Dr. Geo. W. Jacoby: Um die Discussion einzuleiten und es den Herren, welche in der letzten Sitzung nicht zugegen waren, zu ermöglichen, daran theilzunehmen, möchte ich Herrn Dr. Kaufmann bitten, in einigen wenigen Worten das Wesentliche seines Vortrages zu wiederholen.

Dr. J. Kaufmann: Es wurde in dem Vortrag ausgeführt, dass der für den chronischen Magensaftfluss characteristische Befund von magensafthaltiger Flüssigkeit im nüchternen Magen in erster Linie immer eine motorische Störung bedeutet. Im Magen stagnirende, wenn auch geringe Nahrungsreste, oder auch nur stagnirende Flüssigkeit können durch den auf die Schleimhaut ausgeübten Reiz zur Absonderung sehr grosser Mengen Magensaft führen. Ihre Ansammlung kann nur dadurch erklärt werden, dass in Folge partieller oder allgemein verringerter Austreibungskraft, oder durch organische resp. spastische Stenose am Magenausgang und im Duodenum die Entleerung des vermehrt abgesonderten Secrets in den Darm behindert wurde. Ueberal wo motorische Insufficienz bei gut erhaltener Schleimhaut oder durch Entzündung reizbarer gewordener Schleimhaut auftritt, kann es zur Ansammlung von Magensaft im nüchternen Magen kommen. Der Magensaftfluss bildet somit ein häufiges Symptom, welches bei verschiedenen Magenkrankheiten auftreten kann. Wenn man den Begriff des Magensaftflusses enger fasst und die Bezeichnung nur auf solche Fälle anwendet, wo neben diesem Befunde von salzsaurer Flüssigkeit im nüchternen Magen auch die übrigen im Reichmann'schen Krankheitsbilde geschilderten Symptome auftreten, vor allem die regelmässig nach der Mahlzeit und speciell während der Nacht auftretenden oft sehr heftigen Schmerzen mit oder ohne Erbrechen, die Hyperacidität des Mageninhaltes, behinderte Amylolyse, gesteigerter Durst, verringerte Urinmenge, Abmagerung u. s. w., so ist auch für diese engere Gruppe von Fällen von Magensaftfluss bisher der Nachweis nicht erbracht worden, dass es sich hier um eine Krankheit sui generis handelt. In der überwiegenden Mehrzahl der Fälle handelt es sich vielmehr um Geschwür des Magens, resp. Duodenums oder deren Folgezustände, Narbenbildung, Stenose, Perigastritis, Carcinom u. s. w.

Im zweiten Theil des Vortrags war von den bei der Magenerweiterung auftretenden Krampfzuständen die Rede. Diese

Anfälle von Tetanie oder tetanieähnlichen Krämpfen werden, wenn auch nicht ausschliesslich, so doch zum grössten Theil, bei solchen Fällen von Magenerweiterung beobachtet, bei denen Hypersecretion, Magensaftfluss besteht und bei denen es durch Erbrechen oder infolge von Magenspülung zur Entziehung nicht nur von grossen Mengen Flüssigkeit, sondern mit dieser Flüssigkeit zur Entziehung grosser Mengen von Chlor kommt. Es ist wahrscheinlich, dass der dadurch hervorgerufene Chlormangel bei der Entwickelung der Krämpfe eine Rolle spielt, wenn er auch nicht die alleinige Ursache ist. Das giebt für die Behandlung die Indication der Kochsalzzufuhr. Im Uebrigen hat die Behandlung sowohl des Magensaftflusses als auch der Tetanie in erster Linie die Beseitigung der motorischen Insufficienz und die dadurch hervorgerufene Stagnation zu erstreben, entweder durch interne Behandlung oder, wo diese fehl schlägt, durch Operation.

Discussion. Dr. Geo. Mannheimer: Dr. Kaufmann's Vortrag regt die Discussion in verschiedener Richtung an; zunächst die Frage nach der Bedeutung der Gastrosuccorrhoea contin. chron. Diese Frage ist noch viel umstritten. Die einen behaupten, die genannte Affection sei stets nur eine Folge, resp. Complication eines Ulcus oder einer Pylorusstenose, während die anderen dieselbe als eine selbstständige Erkrankung, eine Secretionsneurose aus manchmal bekannter, meistens unbekannter Ursache, ansehen. Nach meiner Ansicht kommt beides vor. Wenn man unter chron. Hypersecretion diejenigen Zustände zusammenfasst, wo man im Magen ausserhalb der Digestionszeit verdauungsfähiges Secret ohne Speiserückstände vorfindet, also z. B. im nüchternen Magen nach längerem Fasten (mit oder ohne abendliche Ausspülung), und wo nebenbei Erbrechen, Magenschmerzen, bes. nächtliche, sowie Abmagerung bestehen und der Verlauf ein chronischer ist, wenn man das darunter versteht, so gehört Dr. K.'s Fall nicht strict zu dieser Categorie. Dass es aber solche Fälle giebt, d. h. Fälle ohne mechanische Störung, also ohne Ischochymie, daran muss ich im Gegensatz zu Dr. K. festhalten. Riegel, Einhorn u. a. haben eine Anzahl gut beobachteter Beispiele beschrieben. So erwähnt Riegel einen Fall, wo er des öftern aus dem nüchternen Magen (nach oder ohne abendl. Ausspülung) 150 ccm übersauren Saftes ausheberte, nach ½ Stunde, ohne dass etwas genossen wurde, 200 ccm, nach einer weiteren ½ Stunde 100 ccm — ein Zeichen, dass beständig Saft abgesondert, aber über Nacht aus dem Magen fortgeschafft wurde. Auch ich stellte vor mehreren Jahren einen 40jährigen Patienten in einer der Jacobi-Sitzungen vor, der für lange Zeit die klassischen Zeichen der Gastrosuccorrhoea cont. chron., aber keine Störung der Magenmotilität und keine Ulcussymptome darbot, dagegen was ihn besonders

interessant machte — an multipler Hirnrückenmarksclerose litt. Leider konnte ich den Fall nicht bis zum Ende beobachten, weiss aber, dass sich im letzten Jahre des Lebens die Magensymptome verloren und der Tod unter centralen Störungen eintrat. Der Fall mag vielleicht nicht als vollwerthig gelten, weil er nicht lange genug unter Beobachtung war und nicht zur Autopsie kam. Nun noch einige Worte zur Behandlung chron. rebellischer Fälle von Ulcus ventric. mit oder ohne Magensaftfluss. Hat die typische Ulcuscur fehlgeschlagen, so versuche man eine Abstinenzcur, wie sie zuerst von den englischen Aerzten McCall, Anderson und Donkin vorgeschlagen wurde — nämlich Rectalnährung auf die Dauer von 2—3 Wochen. Ferner möchte ich auf die guten Erfolge aufmerksam machen, die man mit der Einführung von Oel in den nüchternen, resp. gesäuberten Magen erzielt hat in hartnäckigen Fällen von Ulcus mit Pylorospasmus, Gastrectasie und Gastrosuccorrhoe. Circa 5 oz. warmen Oeles werden durch ein Glasrohr getrunken oder durch den Schlauch eingeführt, früh und eventuell auch Abends, mit nachfolgender Ruhelage und einstündigem Fasten. Die Oelcur wirkt krampfstillend, reibungsvermindernd, hebt die Ernährung und setzt die Secretion herab. Zum Schluss eine Bemerkung zum Gebrauch des Magenschlauches beim Magengeschwür. Während früher das letztere eine Contraindication für die Einführung des ersteren bildete, wissen wir heute, dass es alte torpide Ulcera giebt, die zur Heilung absolut der Reinigung mit der Spülsonde und eventuellen Bedeckung mit Bismuth bedürfen. Immerhin hat die häufige Anwendung des Magenschlauches bei Ulcus etwas Missliches. In Dr. K.'s Falle trat 1 Stunde nach einer Ausspülung die Perforation des carcinomatös entarteten Geschwüres ein. Diese Möglichkeit, dass man doch mit der Sonde Unheil anrichten kann, sollte uns mit dazu bestimmen, in solchen rebellischen Fällen so früh als möglich zur Operation zu drängen. — Dr. Jos. Fraenkel: Es war mir interessant, zu hören, dass Dr. Kaufmann die mannigfachen Krampferscheinungen, die man bei motorischer Insufficienz des Magens, insbesondere bei schwerer Dilatation mit Stagnation des Inhalts beobachtet, auf die Verarmung des Organismus an Chlor zurückführt. Es ist da jedenfalls ein greifbarer Anhaltspunkt für das ganze Kapitel der gastrogenen Tetanie. Es scheint mir wichtig, auf die klinische Thatsache hinzuweisen, dass sich die Muskelphänomene bei der Tetanie vorwiegend auf die oberen Extremitäten beschränken. Diese Erscheinung gewinnt an Bedeutung im Zusammenhalt mit der von Head nachgewiesenen Nachbarschaft der centralen sympathischen Centren der Viscera und der Extremitäten. Daraus lässt sich wohl auch ein anatomischer Anhaltspunkt für das Verständniss dieser dunklen Krampfformen gewinnen. Was ich gern gehört hätte, wäre eine Erklärung für die zuweilen beob-

achteten plötzlichen Todesfälle bei der gastrogenen Tetanie. Ich will noch mit ein paar Worten auf die Beobachtungen von Head zurückkommen. Er hat nämlich einerseits durch klinische, andererseits durch anatomische Untersuchungen so ziemlich klar die centralen Innervationsgebiete abgegrenzt, und es scheint mir als ob die chronische continuirliche Gastrosuccorrhoe, bei der absolut kein Anhaltspunkt für ein organisches Leiden nachweisbar ist, und die als motorische u. secretorische Neurosen bekannt sind, dass diese Gruppe von Fällen wahrscheinlich auf functionelle Affection des centralen Innervationsgebietes der Viscera zurückzuführen sind. Was den Fall betrifft, den Dr. Mannheimer citirt hat, dass in solchen Zuständen vorübergehend oder dauernd chronische Erkrankung des Rückenmarks von Zeit zu Zeit beobachtet wird, so wäre das auch in oben genanntem Sinne zu deuten. — Dr. F. Schwyzer: Ich möchte mich den Ausführungen von Dr. Fraenkel nicht anschliessen, der dieses eigenthümliche Bild der Tetanie auf eine ebenso eigenthümliche Rückenmarksneurose zurückführen will. Das einzig Greifbare an diesem Krankheitsbild ist der Chlormangel, und der lässt sich scheint mir in allen Fällen, wenigstens von Gastrosuccorrhoe, bei welchen es zur Entleerung von Chlor kommt, selbstverständlich erklären. Er muss da sein, und wie nachgewiesen ist, ist er da. Das Chlor ist ein Hauptbestandtheil der lebenden Substanz. Es sind 12 Elemente, welche die lebende Substanz darstellen, und von diesen ist Chlor ein wichtiger Bestandtheil. Nehmen Sie das Chlor weg, so fehlt im Körper ein Element, welches das Uhrwerk des Lebens in Bewegung hält. Ich möchte nicht behaupten, dass das Chlordeficit gross sein wird. Das wird nicht möglich sein. Der Körper sorgt schon dafür, dass eine genügende Summe von Chlorsalz vorhanden sei. Die Chlorverarmung des Körpers bedeutet eine tiefe Störung im Chemismus. Chlor und Natrium gehen gewissermaassen proportional mit einander im Körper. Fehlt in Folge von Kochsalzmangel das Natrium, so wird das Deficit durch Kalisalze gedeckt werden und Sie wissen, dass die Kalisalze von bedeutender Giftigkeit sind. Man kann sich gut vorstellen, dass die Tetanie eine Folge von Verschiebung der Elemente Na, K und Cl ist, welche Verschiebung eine Herabsetzung der Blutalcalinität bedingt. Das scheint mir eine wahrscheinlichere Erklärung zu sein, als die von Dr. Fraenkel eben vorgebrachte, welche zu einem dunklen Krankheitsbild noch eine ebenso dunkle Rückenmarksneurose annehmen will. — Präsident Dr. Geo. W. Jacoby: Ich möchte noch die Bemerkung hinzufügen, dass mir das, was Dr. Fraenkel bezüglich des Zustandekommens des eigenthümlichen Bildes der Tetanie gesagt hat, sehr einleuchtet. Es wäre doch sehr eigenthümlich, wenn es sich um allgemeine Blutstörung infolge eines Mangels an Chlor oder einer Entarmung des

Organismus an Chlor handelte, dass man diese Spasmen nur in den oberen Extremitäten und in den Gesichtsmuskeln haben soll, ganz besonders aber, dass sie sich auf die oberen Extremitäten beschränken sollten. Es ist also anzunehmen, dass es sich in den meisten Fällen um eine localisirte Störung im Magen selbst handelt. Und thatsächlich, so weit ich die Statistik kenne, hat Bouveret, der ja sehr viele Autopsien bei Magensaftfluss und Tetanie, ich glaube in 23 Fällen 12 Autopsien, gemacht hat, in allen 12 Fällen organische Störung im Magen gefunden, d. h. entweder Narben oder Ulcera. Es ist also anzunehmen, dass fast allen Fällen von Magensaftfluss und Tetanie doch eine organische Basis zu Grunde liegt. Was nun das klinische Bild der Tetanie selbst in seinem Zusammenhang mit Magensaftfluss anbelangt, so muss man zwei verschiedene Bilder, das der Myotonien, also tetanieartige Anfälle, und das der wirklichen Tetanie unterscheiden. Die Myotonien, die recht häufig sind und immer als bedeutungslos angesehen werden, verdienen doch meines Erachtens sehr viel Aufmerksamkeit. Ich persönlich sehe sie doch immer an als Anzeichen einer sehr schweren Erkrankung. Mit anderen Worten, wenn wir bei chronischem Magensaftfluss diese ganz leichten Krämpfe, gewöhnlich in den oberen Extremitäten, allerdings auch manchmal in den Waden sehen, sollten wir gewärtig sein, in diesem besonderen Fall zu irgend einer späteren Zeit einen wirklichen Anfall von Tetanie zu bekommen. Bei den ersten leichteren Aeusserungen sind wir vollständig im Stande etwas zu thun, aber stehen wir vor einem wirklichen Ausbruch von Tetanie, so sind wir machtlos. Für mich spitzt sich also die Frage nach der Behandlung dahin zu, dass man sich schlüssig wird, ob nicht frühzeitiger als es heute geschieht ernstlich chirurgisch eingegriffen werden sollte. — Dr. Clement Bloch: Ich glaube nicht, dass die Tetanie immer auf die oberen Extremitäten beschränkt ist. Wenn der Reiz adaequat ist und fortdauert, greift sie auch auf die übrigen Nerven über. Ich habe das selbst nicht gesehen, aber ich habe gehört, dass der Krampf auch auf die unteren Extremitäten, obwohl selten, übergeht. Selbst wenn aber die Tetanie auf die oberen Extremitäten beschränkt bliebe, so wäre das noch kein Beweis, dass allgemeine chemische Ursachen vorliegen müssen. Es ist bekannt, dass alle Toxine ihre besondere Vorliebe für irgend welche besondere Centren haben. Ja, wir brauchen gar nicht so weit zu gehen, um die gewöhnliche Beschränkung auf die oberen Extremitäten zu erklären. Der Grund ist einfach der, dass die Rückenmarkscentren der oberen Extremitäten dem Magen näher liegen, und es liegt einfach ein Uebersprungen auf die naheliegenden Nerven vor, eine Reflexneurose. Das würde also erklären, warum die weiter entfernt liegenden Nerven der unteren Extremitäten gewöhnlich verschont bleiben. Ich habe leider den Vortrag von Dr. Kauf-

mann das vorige Mal auch nicht gehört, ich glaube aber, dass in dem ganzen Bild viel zu wenig Rücksicht auf das nervöse Element genommen wird. Ich habe nur zwei Fälle in meiner Praxis beobachtet, die diese Symptomcomplexe hatten und beide waren Frauen zwischen 40 und 50 und schienen mir sehr hysterisch zu sein. — Dr. J. Kaufmann (Schlusswort): Ich will zunächst Herrn Dr. Fraenkel antworten. Ich habe in meinem Vortrag die Fällen von „periodischem" Magensaftfluss, die man bei Tabes und anderen Rückenmarkskrankheiten beobachtet, als besonderes Kapitel ausgeschaltet und nicht besprochen. Die Pathogenese dieser Zustände ist noch absolut dunkel und natürlich allen möglichen Theorien offen. Dass es sich bei diesen Fällen um Neurose handeln kann, soll nicht bestritten werden. Ich möchte aber darauf hinweisen, dass man sich auch bei Fällen von Tabes mit periodischem Magensaftfluss mit der Diagnose vorsehen muss. Ich habe vor einigen Jahren hier einen Fall beobachtet, bei dem die Diagnose Tabes zuerst auf Grund gastrischer Krisen gestellt werden konnte. Die hochgradige Hypersecretion wurde auf Rechnung der Tabes gestellt und ein organisches Magenleiden ausgeschlossen. Der Herr ging auf Reisen und erlag auf der Reise nahezu einer der foudroyantesten Magenblutungen, die ich je gesehen habe. Magengeschwüre bei Tabes und anderen organischen Erkrankungen des Centralnervensystems sind nicht selten. Ich möchte das auch im Anschluss an den Fall von Dr. Mannheimer erwähnen. Der Mann hat an multipler Sclerose gelitten. Das schliesst nicht aus, dass er nicht daneben ein Magengeschwür gehabt hat. Denn es handelte sich nach der Beschreibung Dr. Mannheimer's um einen der Fälle von „chronischem" Magensaftfluss, und der chronische Magensaftfluss beruht, wie ich in meinem Vortrag ausführte, fast immer auf Ulcus ventriculi. Bisher ist noch nicht in einem einzigen Falle von chronischem Magensaftfluss durch die Autopsie nachgewiesen worden, dass es solche Fälle ohne organische Magenerkrankungen giebt. Das letztere ist eine reine Hypothese, die durch nichts bewiesen ist, und so lange das nicht der Fall ist, glaube ich, dass es im practischen Sinne von grosser Bedeutung ist, dass man diese Dinge als das auffasst, was sie sind, nämlich als Magengeschwür. Dr. Mannheimer meint, dass mein Fall eigentlich nicht so recht zu den Fällen von chronischem Magensaftfluss zähle, weil sich in der aus dem nüchternen Magen ausgehobenen Flüssigkeit auch Speisereste befanden. Wenn Dr. Mannheimer einmal die von Reichmann mitgetheilten ersten Fälle nachliest, auf denen diese ganze Lehre vom Magensaftfluss aufgebaut wurde, so wird er sehen, dass in Reichmann's Fällen viel grössere Mengen von Nahrung gefunden wurden als in dem von mir mitgetheilten Fall. Das gilt für die Mehrzahl der als chronischer Magensaftfluss in der Literatur nie-

dergelegten Fälle. Für die Fälle, bei denen man nur Flüssigkeit aushebert, habe ich schon in meinem Vortrag angeführt, wie schwer es ist, nachzuweisen, dass wirklich keine Nahrungsreste zurückgeblieben sind. Wenn man diese Flüssigkeit centrifugirt oder microscopisch untersucht, findet man Nahrungsreste. Aber davon abgesehen, handelt es sich um keinen chronischen Magensaftfluss, meist um Magendilatation im Anschluss an Magengeschwür, und wer viel spült, weiss, wie schwer es ist, einen dilatirten Magen wirklich rein zu waschen. Es ist eine Erfahrung, die man oft macht, dass man glaubt, einen dilatirten Magen gut reingewaschen zu haben, und, wenn man den Patienten in der horizontalen Lage sich umwenden lässt, dann noch eine ganze Menge von Speiseresten herausfördern kann. Auch auf dem Operationstisch findet man oft noch Speisen im Magen, auch wenn man sich vor der Operation gründliche Mühe gegeben hat, den Magen durch Spülung zu reinigen. Ich möchte noch eins erwähnen, dass solche Fälle, die als Fälle von reinem Magensaftfluss imponirten, bei denen man also nur Flüssigkeit aus dem nüchternen Magen ausheberte, wenn sie zur Operation oder Section kommen, immer chronisches Magengeschwür mit Stenose aufwiesen. Das sind die Thatsachen. Wenn Sie die Fälle in der Literatur durchsehen, werden Sie das finden. Da ist z. B. ein sehr characteristischer Fall von S t r a u s s in Berlin, bei dem immer nur reine Flüssigkeit ausgehebert wurde. Die Autopsie ergab altes, chronisches Magengeschwür mit Pylorusstenose. So lange nicht durch Operation oder Autopsie der Nachweis gebracht wird, dass es Fälle von chronischem Magensaftfluss giebt, bei denen gar keine organische Störung vorliegt, hat man ein Recht, dieses Vorkommen zu bezweifeln. Ich will nicht bestreiten, dass das möglich ist, aber ich glaube, dass es im practischen Sinn im Interesse der Patienten besser ist, wenn man diese Fälle als Ulcus betrachtet. Dr. M a n n h e i m e r sprach von der Gefahr der Anwendung des Magenschlauchs bei chronischem Magengeschwür. Nun, ich habe Jahre lang das Glück gehabt, unter K u s s m a u l chronische Magengeschwüre behandeln zu dürfen, und ich kann versichern, dass der Altmeister sich nie gescheut hat, bei chronischem Magengeschwür eine Sonde einzuführen, auch dann nicht, wenn sehr starke Blutung vorlag. Wir haben in der Klinik unter gewissen Umständen auch bei schwerer Magenblutung den Schlauch eingeführt und gespült. Man richtet keinen Schaden damit an. Im Gegentheil, wenn man den Magen von der manchmal grossen Menge Blut und sonstigem Inhalt befreit, kann der Magen sich contrahiren und damit leichter eine Blutstillung eintreten. Was die Möglichkeit einer Perforation nach Magenspülungen angeht, so kann man sich bei Betrachtung einer Perforationsöffnung leicht überzeugen, dass das ganz scharf geschnittene, meist kreisrunde Löcher sind,

keine Risse die etwa durch Ueberdehnung bei Spülung entstehen. Bei vorsichtig ausgeführter Spülung lässt sich eine Ueberdehnung auch leicht und sicher vermeiden. Die Angst vor Perforation sollte uns nicht zurückhalten, die beim chronischen Magengeschwür oft dringend nothwendige Spülung auszuführen. Ich möchte noch ein paar Worte über die Tetanie sagen. Dr. Fraenkel meinte, dass bei Magensaftfluss die Krämpfe auf die oberen Extremitäten beschränkt bleiben. Das ist nicht der Fall. In dem Fall, den ich hier beschrieben habe, habe ich angegeben, dass gleichzeitig mit dem Krampf in den oberen Extremitäten auch Krämpfe in den unteren Extremitäten auftraten. Bei dem ersten Anfall waren die letzteren so stark, dass der Patient das Gefäss, das er auf den Knien hatte, mit den Knien von sich stiess. Es wird auch in der Literatur immer angeführt, dass bei Fällen von Magentetanie sämmtliche Muskelgruppen des Körpers befallen werden können. Dr. Fraenkel war bei meinem Vortrag nicht anwesend, sonst würde er gehört haben, dass in meinem Fall bei Eintritt der Perforation tetanischer Krampf der gesammten Bauchmuskulatur auftrat, der stundenlang anhielt. Also die Beschränkung auf die oberen Extremitäten ist durchaus nicht die Regel. Ich bin Herrn Dr. Schwyzer sehr dankbar für seinen Versuch, die Tetanie durch den Mangel der Chloride zu erklären. Es steht zu hoffen, dass der Ausbau der Physiologie der Fälle, der in der modernen Medicin ja intensiv betrieben wird, dass speciell die pathologische Physiologie der Zelle uns für die Klinik so viel Aufschluss bringt, wie die pathologische Anatomie es gethan hat; aber die Gesetze der Zellphysiologie und ihrer Störungen sind noch zu wenig geklärt, als dass man sie zur Deutung dieser Zustände hier heranziehen könnte. Ich glaube, man fährt einstweilen besser, wenn man sich an die klinische Beobachtung hält, und diese lehrt uns einmal, dass bei diesen Fällen von Tetanie mit dem Erbrechen, mit der Magenspülung, grosse Mengen von Flüssigkeit dem Körper entzogen werden, worauf Kussmaul bei seinen ersten Fällen schon hinwies. Mit der Entziehung von Flüssigkeit kommt es aber auch zur Entziehung einer grossen Menge Chlor. Darüber kann gar kein Zweifel obwalten. Bei all diesen Fällen schwindet das Chlor aus dem Harn vollkommen. Nun ist es ja richtig, dass das keinen absoluten Maassstab dafür abgeben kann, wie viel Chlor dem Körper thatsächlich entzogen wird. Der Körper hält das Chlor hartnäckig fest. Wenn man die Chloreinfuhr verringert, darauf sieht, dass dem Körper mit der Nahrung kein Chlor zugeführt wird, so wird die Chlorausscheidung im Harn geringer und verschwindet schliesslich. Aber es wird auch kein Magensaft mehr abgesondert, wie das A. Cahn in seinen Experimenten am Hund demonstrirt hat. Beim chronischen Magensaftfluss liegen aber ganz andere Verhältnisse vor. Hier wird

durch den permanenten Reiz auf die Magenschleimhaut und die dadurch herbeigeführte continuirliche Saftabsonderung dem Körper anhaltend Chlor in grossen Mengen entzogen, und diese grosse Mengen Chlor werden zum Theil entweder erbrochen oder durch Spülungen nach aussen gefördert. Dazu kommt, dass der Ersatz dieses verloren gegangenen Chlor kein vollständiger ist, denn meistens handelt es sich um Stenose am Pylorus mit behinderter Aufnahme der mit der Nahrung eingeführten Chlormenge. Also vermehrte Ausscheidung von Chlor bei verringerter Aufnahme. Das ist ein Zustand, für den es in der Pathologie keine Analogie giebt. Diese klinischen Thatsachen bieten wohl eher als theoretische Ueberlegungen eine Handhabe für die Erklärung wie das eigenartige Bild der Tetanie entsteht.

b. Dr. Robert Hübner: *Einiges über Stoffwechsel.*

Discussion. Dr. F. Schwyzer: Ich glaube, es wird allgemein Beifall finden, wenn ich Herrn Dr. Hübner für seine schöne Arbeit besten Dank ausspreche. Er hat uns eine solche Fundgrube von interessanten Anregungen und Thatsachen mitgetheilt, dass es eigentlich schwer ist, dem etwas hinzuzufügen. Allein schon die Anregung, die Diagnose der Schwangerschaft durch Urinuntersuchung zu begründen resp. auszuschliessen, ist von so grosser Bedeutung, dass dies an und für sich das würdige Object eines langen Vortrags gewesen wäre. Die Ideen von Dr. Hübner über Rachitis sind mir vom höchsten Interesse gewesen, und ich glaube, sie sind wohl einer eingehenden Discussion werth. Dann möchte ich für die Idee von Dr. Hübner eintreten, den Mangel an Salzsäure im Magen durch Gaben von Chlornatrium zu heben. Ich habe in den letzten Monaten nach diesem Rath gehandelt und habe z. B. in zwei Fällen von hartnäckiger Phosphaturie grosse Dosen von Chlornatrium gegeben und mit vorzüglichem Erfolg. Es wäre wohl sehr gut, wenn die Herren nach diesem Princip Versuche machen würden. Was endlich den letzten Vorschlag betrifft, basische Calciumphosphate statt Natrium bicarbonicum bei Hyperacidität zu verwenden, so habe ich diesen Vorschlag seit Monaten befolgt, sowohl im St. Francis Hospital, wie im Deutschen Hospital und in der Privatpraxis, und ich muss sagen, das Mittel hat mir viel Vergnügen gemacht. Oft hörte ich im Hospital von armen Neurasthenikern schon am nächsten Tage den Ausspruch: Ja, dieses Mittel hat mir geholfen, mein Magen fühlt ganz anders. — Dr. Jos. Fraenkel: Dr. Schwyzer hat mit Recht auf die Fülle von interessanten Anregungen hingewiesen, welche der Vortrag enthalten hat, und ich möchte blos auf die Thatsache aufmerksam machen, dass in den letzten Jahren von verschiedenen Seiten bei Behandlung der Epilepsie behauptet worden ist,

dass die Brom-Therapie bei vollständiger Entziehung der Chlorsalze aus der Nahrung sehr viel erfolgreicher ist. — Dr. J. Kaufmann: Ich möchte nur bemerken, dass ich auf den Rath von Dr. Hübner reichlichen Gebrauch von dreibasisch phosphorsaurem Kalk gemacht habe, und zwar speciell mit gutem Erfolg bei Diarrhoen, die im Anschluss an Uebersäuerung des Magens auftreten. Es gilt das auch für die Fälle von Diarrhoe, die man gelegentlich im Anschluss an Gastroenterostomie auftreten sieht. Nach Gastroenterostomie wird der Mageninhalt häufig in einem etwas weiter unten gelegenen Theil des Dünndarms übergeführt, ohne vorher durch die Secrete der Galle, des Pancreas neutralisirt worden zu sein. Da es sich bei Gastroenterostomie oft um Ulcus ventriculi mit Hypersecretion handelt, so übt der meist sehr saure und nicht neutralisirte Mageninhalt einen starken Reiz auf den Darm aus und erzeugt damit oft hartnäckige Diarrhoe. Ich habe erst vor Kurzem bei einem solchen Fall, der in Europa operirt worden war, wo lange Monate hindurch derartige Diarrhoe bestand, durch die Anwendung des phosphorsauren Kalk die Diarrhoe beseitigen können. Es ist sehr angenehm ein Mittel zu haben, das uns das Natrium bicarbonicum ersetzen kann, denn darin stimmen alle, die viel Natr. bic. bei Säurezuständen des Magens gebraucht haben, überein, dass dieses Mittel für den Augenblick die Säure abstumpft, aber bei längerem Gebrauch eigentlich die Hyperacidität steigert. Ich muss aber darauf aufmerksam machen, dass man sehr darauf sehen muss, dass man auch thatsächlich „Dreibasisch" phosphorsauren Kalk bekommt. Die Dosis ist ein bis zwei Gramm, dreimal am Tag, gelegentlich auch mehr. Man kann das Mittel lange Zeit unbeschadet fortgeben. Ich hatte Gelegenheit, einen Spanier aus Cuba, der zwanzig Jahre lang an chronischer Diarrhoe in Folge Uebersäuerung des Magens litt, mit dem Mittel zu behandeln, und zwar mit gutem Erfolge, und ich habe gehört, dass er sich nachträglich aus der Bezugsquelle permanent viele Pfund von diesem basisch phosphorsaurem Kalk kommen liess, und unter dem Gebrauch desselben einige 30 Pfund an Gewicht zugenommen und die Diarrhoe verloren hat. — Dr. Geo. Mannheimer: Ich möchte Herrn Dr. Hübner und dem Vorredner nicht zu nahe treten, aber es ist eine den Klinikern schon lange bekannte Thatsache, dass der phosphorsaure Kalk bei Hyperacidität, besonders wenn diese mit Diarrhoe einhergeht, sehr günstig wirkt. Kalk ist ein gutes Stopfmittel. Dr. Jacobi lehrt dies schon seit vielen Jahren. Alle Autoren über Magenkrankheiten führen es an. Ich möchte Herrn Dr. Hübner bitten, einige erklärende Bemerkungen über die Bedeutung des Kalkes für die Blutgerinnung zu machen. Ausserdem möchte ich fragen, ob vielleicht die Gelatine, die vielfach zur Blutstillung angewendet wird, einen besonders hohen Gehalt an Calcium hat.

— Dr. John A. Beuermann: Ich habe den Ausführungen des Vortragenden mit grossem Interesse gelauscht, und es ist mir bei der letzten Anregung aufgefallen, dass vielleicht im Organismus und seinem Stoffwechsel die gleiche Combination der Salze auch durch Gaben von reiner Phosphorsäure erzielt wird, durch die man ja bekanntlich bei Verdauungsstörungen der Neurastheniker, und besonders bei chronischer Diarrhoe, oft ganz eclatante Erfolge erreichen kann. — Dr. Robert Hübner (Schlusswort): Es fragt sich, was man für Gelatine anwendet. Ich kann darüber eigentlich gar nicht viel sagen. Die reine Gelatine hat gar keinen Kalk. Was die andere Frage betrifft, ob Chlor auf Blutgerinnung einen Einfluss hat, so muss ich sagen, sehr viel. Dr. Schwyzer könnte die Frage gewiss besser beantworten. Was, wie Herr Dr. Mannheimer meint, in allen Lehrbüchern steht, das ist das Natrium oder Calcium phosphoricum, aber es fragt sich, ob es basisch ist. Mir ist nichts davon bekannt, dass das je empfohlen worden ist.

Präsident Dr. Geo. W. Jacoby: Es bleibt mir jetzt nur noch übrig, Herrn Dr. Hübner für seinen interessanten Vortrag im Namen der Gesellschaft den wärmsten Dank auszusprechen.

Dr. F. J. Leviseur: Ich möchte noch beantragen, dass unsere Gesellschaft Herrn Dr. Lange für die reichliche Gabe, welche er vor seiner Abreise nach Europa dem Unterstützungsfond hat zukommen lassen, officiellen Dank ausspricht. (Unterstützt.)

Die Versammlung beschliesst diesem Antrag gemäss.

Schluss und Vertagung.

Dr. John A. Beuermann, Secretär.

Therapeutische und klinische Notizen.

— *Apentawasser bei der Behandlung von Fettsucht.* v. Noorden und Dapper haben darauf hingewiesen, dass Stoffwechselversuche nach modernen Gesichtspunkten nothwendig sind, um die Bedeutung der Mineralquellen für den Stoffumsatz und die Resportion wissenschaftlich festzustellen. Mit Bitterwasser liegt nach Dapper's Angabe nur ein einziger Versuch vor, den v. Noorden mit Hunyadiwasser bei einer an habitueller Obstipation leidenden Patientin ausgeführt hat. Das Apentawasser schien wegen seiner constanten Zusammensetzung ganz besonders günstige Verhöltnisse darzubieten. Liebreich äussert sich diesbezüglich folgendermaassen: „Es ist schon verschiedentlich darauf hingewiesen worden, auch bei Gelegenheit der Mineralwässer, dass die erste Bedingung für eine zweckmässige Therapie die Constanz des angewandten Mittels ist. Bei den natürlichen Mineralwässern trifft diese Forderung in hohem Maasse zu. Bei der Constanz des Apentawassers wird sich das verloren

gegangene Vertrauen für Bitterwässer diesem wichtigen therapeutischen Hülfsmittel wiederum zuwenden."

Jacoby's Versuch wurde an einer hochgradig fettsüchtigen Patientin ausgeführt und bietet so zugleich einen kleinen Beitrag zur Kenntniss der Resorption der Nahrungsmittel und ihrer Verwerthung bei Fettsüchtigen. Die 60jährige Patientin Jacoby's war während der Zeit, in der er ihren Stoffwechsel studirte, ohne besondere Beschwerden und lag fast den ganzen Tag zu Bett. Der Versuch zerfiel in drei Perioden, eine viertägige Vor- und Nachperiode und eine siebentägige Hauptperiode, während der die Patientin des Morgens nüchtern ein Weinglas (125 ccm) Apentawasser trank. In der Vor- und Nachperiode erfolgte täglich eine Stuhlentleerung, während der Hauptperiode zweimal Stuhlgang. Der Appetit war im Anfang nur mässig, wurde während des Versuches besser; die Kranke behauptete, dass der Brunnen ihr den Appetit anrege. Die Nahrung bestand während der Hauptperiode und Nachperiode, in der Vorperiode waren die Quantitäten etwas andere, aus folgenden Bestandtheilen: 160 g Rindfleisch, 120 g Schinken, 80 g Butter, 50 g Reis, 100 g Brod, 2 Schrippen (140 g), 100 g Zucker, 3 Eier (125 g), 1000 g Milchkaffee, 1—2 Flaschen Selterswasser. Der Calorienwerth dieser Nahrung beträgt: Eiweiss 452,025 Calorien, Fett 1328,04 Calorien, Kohlehydrate 1273,46 Calorien, zusammen 3053,525 Calorien oder 29,79 Calorien pro Tag und Kilo Körpergewicht. Die Gewichtsverhältnisse der Patientin gestalteten sich während des Versuches wie folgt: Am Beginn der Vorperiode 102,5 Kilo, am Beginn der Hauptperiode 99,5 Kilo, am Beginn der Nachperiode 98,0 Kilo, am Schluss der Nachperiode 98,0 Kilo. Die Resorption der stickstoffhaltigen Körper war eine ausreichende und die Verminderung während der Hauptperiode Angesichts der abführenden Eigenschaft des Apentawassers eine unerhebliche. Die Verwerthung des mit der Nahrung zugeführten Fettes war etwa so, wie wir sie bei einem Gesunden hätten erwarten können. Die Verminderung während der Brunnenperiode muss als geringfügig bezeichnet werden. Unter der Berücksichtigung der consumirten Nahrung und ihres Calorienwerthes war die Stoffzufuhr eine durchaus hinreichende. Es ist somit Jacoby in seinem Fall gelungen, eine Fetteinschmelzung des Körpers ohne Schädigung des Eiweissbestandes zu erzielen. Der durchschnittliche Fettverlust im Koth betrug in Procenten der Nahrung pro Tag in der Vorperiode 4,2 Procent, in der Hauptperiode 6,3 Procent, in der Nachperiode 2,4 Procent. Das Befinden der Patientin litt in keiner Weise. (Wiener allgem. med. Zeitung, 1902 No. 42.)

Kleine Mittheilungen.

— Die *Deutsche Medicinische Gesellschaft von Chicago* erwählte in ihrer diesjährigen Jahresversammlung die folgenden Beamten: Präsident, Dr. Karl Doepfner; Vicepräsident, Dr. Gustav Schirmer; Schriftführer, Dr. L. H. Abele; Schatzmeister, Dr. E. Saurenhaus; Beisitzer, Dr. F. R. Zeit.

— *Eine Herausforderung an Professor Lorenz von Wien.* Ein gewisser Dr. I. Custar von New York, woher er seinen Doctortitel hat, ist uns nicht bekannt, hat die Unverfrorenheit besessen, an die Redactionen der medicinischen Journale ein Rundschreiben mit der Bitte um Abdruck zu schicken, welches einen offenen Brief an Professor Lorenz mit einer Herausforderung zu einem orthopädischen Wettbewerb enthält. Der famose Herr Custar schreibt: Dear Doctor: After having thoroughly studied all the orthopædic systems used in civilized States of the world during my practice of thirty years, I gained that absolute conviction that better orthopædists than myself, and a better system than mine does not exist. As to the opposite to this, however, the newspapers contributed to you several times the title of: "The Best Orthopædist of the World," which title as yet has never been refused by you, and I am compelled to state that this silent consent of yours hurts the proud consciousness and reputation of my orthopædic science; and now when you stepped on the free soil of this country, where the members of mankind are entitled to a free competition of talent and science, for the restoration of my professional pride and for the wellfare of the suffering humanity, I hereby challenge you to a scientific contest of orthopædy. I believe that you achieved a great progress in the development of the old-time supporting orthopædic system, but this system rests on such a poor base that to achieve a really important progress in that line is absolutely impossible and in truth the manipulation with the old-time orthopædic system is not to be considered anything else but child's play and folly, u. s. w. In diesem Style blühenden Unsinns geht es weiter, und man sieht, dass Bescheidenheit nicht gerade die stärkste Seite des Verfassers ist. Dann folgt eine Reihe marktschreierisch gehaltener Berichte über erzielte Heilungen, bei welchen die in Parenthese beigefügten lateinischen Krankheitsbezeichnungen zwerchfellerschütternd wirken. Hiervon nur einige Proben: Congenitale Hüftsgelenkluxation im „almost straight angle" — Ankylosis bilateralis coxendix congenitalis in positione anguli. Contraction of the tender (soll wahrscheinlich tendon heissen) — vita misera musculi Achilles. Muskelcontraction — vita misera musculorum. Friction of the joint of the third toe — frictio flexionis tertii digiti pedis. A foot with an extremely downward stretched formation — pes equino formatus extremus. Dabei wird eine ganze Reihe New Yorker Aerzte als Zeugen für seine Heilungen genannt. Der werthe Herr Custar hat ausserdem noch die Frechheit besessen, dem an die Redaction gerichteten Briefe eine Notiz beizufügen, worin er Aerzten, die ihm Patienten zuschicken, 15 Procent der Behandlungsgebühr verspricht.

— Das *South Bend College of Optics in Indiana, U. S. A.,* versendet Circulare, in welchen für 7½ Dollars in zwanzig brieflichen Lectionen das Erlernen von Theorie und Praxis des Augenspiegels, Anatomie und Physiologie des Auges incl. Accommodation, Refractionsanomalien und Refractionsbestimmungen angeboten wird. Ausserdem erhält der Theilnehmer an diesem Cursus den Grad eines „Doctor of Optics" (Opt. D.)

und zwar, wie es ausdrücklich in dem Prospect heisst, ist das Diplom 22 x 28 gross, besteht aus dickem Pergament und trägt das Siegel der Corporation in Gold. „The student's name is richly engrossed in black ink." Und dies Alles zusammen kostet nur 7½ Dollars.

— Vom 1. Januar 1903 an erscheint im Verlage von Gebrüder Borntraeger in Berlin eine neue referirende Halbmonatsschrift, das *„Biochemische Centralblatt."* An der Spitze des Blattes stehen als Leiter die ersten Namen der biochemischen Forschung, nämlich: P. Ehrlich-Frankfurt a. M., F. Fischer-Berlin, A. Kossel-Heidelberg, O. Liebreich-Berlin, F. Müller-München, P. Proskauer-Berlin, E. Salkowski-Berlin, N. Zuntz-Berlin. Als Herausgeber zeichnet: Dr. phil. et med. Carl Oppenheimer.

Das neue „Sammelorgan für die Grenzgebiete der Medicin und Chemie" hat es sich zum Ziel gesetzt, die Bande zwischen der chemischen und medicinischen Forschung, die sich sehr gelockert haben, wieder fester zu knüpfen. Es soll mit möglichster Schnelligkeit über *alle* Arbeiten biochemischen Inhalts referirt werden unter Berücksichtigung folgender Gebiete:

Für den Mediciner wichtige Arbeiten aus der reinen, physicalischen und angewandten Chemie;

Allgemein biochemische Arbeiten aus der Pflanzenphysiologie;

Physiologische Chemie im engeren Sinne (Körperbestandtheile und ihre Derivate);

Chemie der Gewebe und Organe unter normalen und pathologischen Verhältnissen, histologische und Farbstoffchemie;

Chemie der Verdauung, der Secrete und Excrete, des Stoffwechsels und des Blutes;

Fermente und Gährungen, Toxine nichtbacterieller Natur;

Chemie der pathogenen Microorganismen (Toxine, Antitoxine), Immunitätserscheinungen;

Toxicologie und Pharmacologie;

Hygienische Chemie, Desinfection, Wasseruntersuchung.

Soweit irgend möglich, sollen die Referate *Autoreferate* sein; alle Fachgenossen werden gebeten, nach Fertigstellung der Arbeit ein Autoreferat an die Redaction des Biochemischen Centralblattes einzusenden, da *diese* Autoreferate *sofort* nach Erscheinen der Arbeit mit Eingangsdatum publicirt werden. Das erste Heft erscheint Anfang December.

New Yorker

Medicinische Monatsschrift.

Officielles Organ der

Deutschen Medicinischen Gesellschaften der Städte New York, Chicago, Cleveland und San Francisco.

Redigirt von Dr. A. Ripperger.

Bd. XIV. New York, November 1902. No. 11.

ORIGINALARBEITEN.

Ueber einige Erkrankungen der Fingernägel.*)

Von Dr. F. J. Leviseur.

Die Differentialdiagnose zwischen verschiedenen Affectionen der Fingernägel, wie *Eczema, Lichen planus* und *Psoriasis* einerseits und *Onychomycosis trichophytina* andererseits ist immer noch auf dem microscopischen Befund begründet. Die Seltenheit dieser parasitären Erkrankung des Nagels allein bereitet schon der Aufstellung eines klinischen Typus beträchtliche Schwierigkeiten. Auch kommt noch hinzu, dass die Patienten gewöhnlich mit Messer, Scheere oder Feile die erkrankte Nagel-Platte theilweise entfernen, oder dass dieselbe von selbst zerreisst und sich abstösst. Auch das Symptom der Farbe hat wenig Werth, denn dieselbe variirt gewöhnlich ganz beträchtlich zwischen grünlich, grauen oder schwärzlichen Tönen. In der Regel beginnt der Process vom freien Rande, ist begleitet von subungualer Hyperkeratosis, und führt nach längerem Bestand zur Bildung einer leichten Onychogryphosis. Es erfordert nicht geringe Mühe und Geduld in den unter dem Nagel herausgekratzten Theilchen, nachdem sie in einer fünf bis acht procent. Kalilösung getränkt worden sind, den Fungus microscopisch zu demonstriren. Messungen der Sporen oder sonstige morphologische Details haben heutzutage fast gar keinen Werth mehr. Wenn man den Pilz weiterhin classificiren will, so kann nur das

*) Vortrag, gehalten in der Deutschen Medicinischen Gesellschaft der Stadt New York am 3. November 1902.

Anlegen einer Cultur nähere Aufschlüsse geben. Wie Sie wissen, wird das Megalosporon ectothrix für die Trichophytie des Nagels verantwortlich gemacht. Die Coexistenz einer Trichophytie des Körpers ist nicht so häufig wie man früher anzunehmen geneigt war. Freilich lässt sich einwenden, dass die letztere ohne Spuren zu hinterlassen vorhanden gewesen sein kann. Auffällig bleibt immerhin das Ausbleiben der Nagelaffection bei Trichophyton-Epidemien in Kinder-Hospitälern oder Instituten. Auch die mit der Pflege der Patienten betrauten Wärter werden sehr selten befallen; das kann ich durch meine Erfahrung bei Behandlung von Epidemien in den Randalls Island Hospitälern sowie im Juvenile Asylum vollauf bestätigen.

Es scheint mir, dass der von Hausthieren, namentlich der Katze und dem Hunde, auf den Menschen übertragene Pilz besonders geneigt ist, die Nägel zu befallen, und ist dieser Punkt bei der Aufnahme von Krankengeschichten mehr im Auge zu behalten. Die in der Literatur beschriebenen Fälle betreffen fast alle alte Männer. Vielleicht machen Altersveränderungen des Nagels denselben ganz besonders empfänglich. Bezüglich der Therapie kann ich nichts zu dem, was in den Lehrbüchern zu lesen ist, hinzufügen. Ohne Behandlung dauert die Krankheit sehr lange — 3 bis 8 Jahre — und im besten Falle scheinen mechanische Entfernung des kranken Gewebes, sowie Application von Jod-Tinctur, Sublimat, Arsen, unterschwefligsaures Natron, Essigsäure, Benzin, Resorcin, Pyrogallussäure, Quecksilberpflaster und die electrische Cataphorese von gleich langsamer Wirkung zu sein. Es braucht wohl kaum bemerkt zu werden, dass Zerstörungen des Bettes oder der Matrix im Interesse des cosmetischen Zustandes des sich neu entwickelnden Nagels sorgfältig vermieden werden müssen.

Ich möchte hier auf eine Erkrankung der Nägel hinweisen, die, glaube ich, häufig mit der Onychomycosis trichophytina verwechselt wird. Weder das Achorion Schoenlein noch das Trichophyton tonsurans ist der Urheber dieses Leidens, und die parasitäre Natur desselben kann nur durch den klinischen Verlauf vermuthet werden. Der Process befällt primär die Nagelplatte, beginnt in der Region der Lunula, und schreitet so schnell vor, dass in kürzester Zeit der ganze Nagel befallen ist. Die primären Laesionen sind Stecknadelkopf grosse oder etwas kleinere seichte Grübchen, die oft in concentrischen Linien angeordnet

sind. Wie Sie wissen, haben Hebra, Lailler und Schuetz einen ähnlichen Zustand der Nägel als frühes, characteristisches Symptom der Psoriasis geschildert (état pointillé des ongles, thimblenail). Die Laesionen unterscheiden sich indessen von den oben geschilderten erstens dadurch, dass sie viel kleiner sind, und dann, dass sie nicht als hellrothe, hyperämische Punkte im Bereich der Lunula beginnen. Auch habe ich niemals Psoriasis des Körpers gleichzeitig mit dieser eigenthümlichen Affection zusammen auftreten sehen. Dagegen scheint mir ein Zusammenhang mit seborrhoischem Eczem oder Pruritus, namentlich des Scrotums und der Analgegend, sehr wahrscheinlich. Von neun Fällen, die ich bis jetzt genauer beobachtet habe, hatten fünf ein gleichzeitiges seborrhoisches Eczem und zwei Pruritus. Das erste, was die Patienten auf den Zustand ihrer Nägel aufmerksam macht, ist die cosmetische Entstellung durch den Verlust des Glanzes der Nagelplatte. Im Verlauf der Affection kommt es oft zur Bildung eines Eczemes in der Nachbarschaft der Nagelwälle. Doch kann man leicht erkennen, dass dasselbe mechanischer oder chemischer Reizung seinen Ursprung verdankt und bei Schonung der umgebenden Haut bald verschwindet. Werden alkalische Lösungen mit dem erkrankten Nagel in Berührung gebracht, so bildet sich eine braune Verfärbung. Diese ist ganz besonders intensiv und dauert ungewöhnlich lang nach Application von Liquor picis alkalinus. Was die Behandlung anbetrifft, so haben Salben fast gar keinen Erfolg. Am besten hat sich mir das Baden der Finger in einer 1proc. Lösung von hypermangansaurem Kali bewährt. Dies wird zweimal täglich während einer Viertelstunde besorgt, und die braune Verfärbung durch Eintauchen in eine Oxalsäure-Lösung entfernt. Die afficirten Nägel werden nicht abgestossen, sondern der Heilungsprocess schreitet langsam mit der physiologischen Regeneration des Nagels vom proximalen Theil vorwärts.

Dem gelegentlichen Auftreten von Nagel-Affectionen beim *Cheiro-Pompholyx* ist bisher ziemlich wenig Beachtung geschenkt. Bekanntlich verdient diese Hautkrankheit eine Absonderung aus der grossen Gruppe der Eczeme nicht wegen histologischer, sondern klinischer Eigenthümlichkeiten. Sie befällt die Finger in characteristischen Attacken, und wenn die letzteren besonders häufig und heftig sind, so bildet sich an manchen Nägeln ein der infectiösen Onychie ähnlicher Zustand. Der erkrankte Nagel

wird in toto abgestossen und nach erfolgter Heilung durch einen neuen, normalen ersetzt. Vielleicht wird die Matrix hier, wie die Haut, ohne tiefgreifende Veränderungen hervorzurufen, afficirt.

Das gewöhnliche *Eczem* der Fingernägel ist leicht zu erkennen. Meistens ist die umgebende Haut in Mitleidenschaft gezogen, und die Grenze zwischen Eczem und leichter Perionychie ist dann schwer zu ziehen. Da chemische und mechanische Reize bei der Aetiologie beider Affectionen eine grosse Rolle spielen, so lässt sich leicht verstehen, wie eine in die andere übergehen kann. Für das Zustandekommen von Streptococcus-Infectionen bietet das Nagel-Eczem eine besonders gute Gelegenheit.

Mrs. S., 67 Jahre alt, litt an Nagel-Eczem beider Hände über zwei Jahre lang. Plötzlich entwickelte sich an einem der erkrankten Nägel eine Onychie, und daran anknüpfend eine erysipelatöse Dermatitis beider Hände, Arme und Füsse. Temperatur 101 am Abend drei Tage lang, dabei aber grosse allgemeine Schwäche, die auch nach Abfall der Temperatur andauerte. Auf dem afficirten Gebiet der Arme und Hände bildeten sich markstückgrosse Blasen, eine turbide Flüssigkeit enthaltend. Nach Eröffnung dieser Blasen und unter feuchten Verbänden mit 5 procent. Liquor Burowii trat Besserung ein, und schliesslich heilte der Process unter Anwendung eines 10 proc. Salicyl-Seifen-Pflasters innerhalb sechs Wochen. Zwei Nägel der linken und drei der rechten Hand wurden abgestossen. Zwei Töchter dieser Patientin, die ihre Mutter während des Anfalles pflegten, erkrankten zu verschiedener Zeit an einer infectiösen Onychie.

Diese kleine Familien-Epidemie erinnert an die allgemeinen Epidemien von Onychie, wie sie von E d d y im Jahre 1834 und 35 unter jungen Matrosen, und sonst auch in England, Schottland, Frankreich, Italien, Amerika, den Antillen und Afrika in den Jahren 1847 bis 54 beobachtet worden sind.

Von den Nagel-Affectionen, die bei der Hantirung von Chemikalien entstehen, will ich nur zwei erwähnen, nämlich die bei Arbeitern in Farbwerken durch Pariser Grün hervorgerufenen, und die bei Pelzfärbern von mir häufig beobachteten. Der Arsenik erzeugt tiefe Geschwüre, meist an der Nagelbasis, aber auch am freien Ende und an den Wällen tief bis ins Nagelbett und zum Knochen herein. Die Laesionen haben das bekannte Aussehen der Arsenikverschorfung, sind auffallend schmerzlos, eitern fast gar nicht, und führen, sich selbst überlassen, zu ausgedehnteren Mutilationen. Bei der Behandlung mehrerer Fabrikarbeiter fand ich, dass Jodoform oder Jodoform-Gaze die Heilung

dieser Geschwüre sehr rasch herbeiführt, und der Werkführer der Fabrik berichtete später, dass sich kein neuer Fall gezeigt habe seit die Vorsichtsmaassregel getroffen wurde, jede verdächtige Wunde im Bereich der Nägel mit Jodoform-Gaze zu verbinden.

Bei vielen Pelzfärbern zeigen die Nägel characteristische Veränderungen. Sie sind schwarz, von glasartiger Härte, hypertrophisch. Oft finden sich sehr ausgedehnte subunguale Wucherungen, die sich über die Fingerbeere verbreiten. Diese schwarzen, warzenartigen Neubildungen fissuriren leicht und verursachen dann heftige Schmerzen, die den Patienten weiteres Arbeiten unmöglich machen. Die sogenannte "imitation seal-skin dye" verursacht die Affection ganz besonders leicht. Sie ist eine Combination von Pyrogallussäure, Anilin-Schwarz, und Wasserstoff-Hyperoxyd. Vielleicht ist die Pyrogallussäure das besonders schädigende Agens, und dienen die anderen Substanzen nur dazu, die Reizwirkung zu vergrössern. In Deutschland ist die Benutzung gewisser giftiger Farbstoffe in Pelzfabriken gesetzlich verboten.

Von den auf mechanischer Ursache beruhenden Schädigungen der Nägel ist die *Morsura unguium* die bekannteste. Das Abbeissen und Abknabbern der Nägel kommt nicht nur bei Kindern, sondern auch bei Erwachsenen vor, und muss wohl durch eigenthümliche Parästhesien der Fingerspitzen hervorgerufen werden. Aehnliche Verletzungen der Nägel habe ich beobachtet bei Leuten, die mit dem Sortiren von Zeitungen beschäftigt sind. Die scharfen Papierränder schneiden während der Arbeit unter die Nagelplatten und zerstören nicht nur diese, sondern auch ganze Theile des Nagelblattes, was zu starker Verunstaltung der Finger und Beeinträchtigung ihrer Brauchbarkeit für sonstigen Verrichtungen führt. Bei anderen Berufsarten kommt es zu Hypertrophie der Nägel, wie bei den Daumennägeln der Cigarrenarbeiter. Die Nagelplatte ist hier nicht nur vergrössert, sondern es bildet sich in der Mitte unter dem freien Rande gelegentlich eine Art Sporn, der durch seine Lage und Härte den Nagel stützt und aus ihm ein für das Auszerren der Tabakblätter ganz besonders geeignetes Instrument macht.

Die *Onychomycosis favosa*, mit der trichophytina verglichen, ist bei weitem nicht so selten, leichter diagnosticirbar, und einer erfolgreichen Behandlung viel zugänglicher. Sehr häufig finden

sich am Körper der Patienten entweder noch frische Favus-Läsionen, oder, wo es sich um behaarte Theile gehandelt hat, characteristische Narben vor, die unzweideutigen Spuren der überstandenen Krankheit. Das markanteste Symptom des Nagelfavus ist, meiner Ansicht nach, die Bildung von Hohlräumen unter den Nägeln, während die Nageloberfläche selbst normale Glätte besitzt. Diese Höhlen sind mit Detritus erfüllt, und erstrecken sich vom freien Ende bis weit zurück an die Lunula. Erreichen sie schliesslich die Matrix, so entsteht eine active Entzündung, durch die die ganze Nagelplatte abgestossen werden kann. Das ist der natürliche Heilungsprocess der mit gutem Erfolg durch die Avulsion nachgeahmt wird. Nach Entfernung der Hornschale liegt das erkrankte Nagelbett frei. Es hat eine zerklüftete, bräunliche Oberfläche, mit flachen, rundlichen Vertiefungen hier und da. in den letzteren findet man das Achorion in relativ grosser Anzahl.

Bezüglich der Behandlung des Nagelfavus kann ich der Avulsion entschieden das Wort reden, namentlich für alle Fälle, in denen der Krankheitsprocess ziemlich vorgeschritten ist. Ich habe die Operation unter allgemeiner und mit localer Narcose ausgeführt. Man ergreift die Hornplatte mittelst der von P o s t angegebenen Zange und reisst den Nagel heraus, dann wird das Nagelbett mit etwas Jodoform-Gaze bedeckt und mit schmalen circulär angelegten Heftpflaster-Streifen eine Kappe gebildet, der man noch durch Aufpinseln von Collodium auf der Streckseite Schutz und Festigkeit verleihen kann. Nach einigen Tagen wird der Verband abgenommen, und die Affection heilt unter einfacher antiseptischer Waschung mit folgendem Heftpflaster-Verband. Der neue Nagel entwickelt sich rasch und macht den Verband bald entbehrlich. Dann kann man die Behandlung durch Aufpinseln von Jod-Tinctur oder Benzoe-Tinctur mit Sublimat (1 Procent) zu Ende führen. Scheut man die Allgemein-Narcose, so kann man die vorher gereinigten Hohlräume unter dem Nagel täglich vom Patienten mit Watte ausstopfen lassen. In einigen Wochen hat sich die Hornplatte bis zur Lunula vom Nagelbett abgelöst, und kann dann leicht, unter localer Anästhesie mittelst Aethyl-Chlorid Spray, herausgezogen werden. Es ist wohl kaum nöthig vor der Anwendung starker Aetzmittel, sowie dem Auskratzen mittelst des scharfen Löffels zu warnen. Verletzungen der Matrix haben störende Verunstaltungen des Na-

gels zur Folge, und dasselbe gilt, allerdings in geringerem Grade, für das Nagelbett.

Eine eigenthümliche cosmetische Entstellung ist die *Koilonychie* (spoon nail). In den leichteren und häufigeren Fällen findet sich ein transversaler Wulst ungefähr in der Mitte der Nagelplatte. In den Fällen, die ich gesehen habe, war nur eine geringe subunguale Hyperkeratosis vorhanden. Der Nagelwall war retrahirt und geröthet. Es wird angenommen, dass die Affection durch pathologische Veränderungen des Nagelbettes zu Stande kommt.

Zum Schluss möchte ich noch ein Wort über *Onychorrhexis* sagen. Die Fälle sind selten. Dubreilh und Frèche haben vier beschrieben, und Unna verdanken wir eine Abbildung. Heller sah einen ähnlichen Zustand in einem Fall von Lepra tuberosa und anaesthetica. Wahrscheinlich ist die Affection eine Unterart der Onychatrophie. In einem Fall, den ich zu beobachten die Gelegenheit hatte, fiel nicht nur die Kleinheit sämmtlicher Fingernägel, sondern auch das Zurückbleiben im Wachsthum der ganzen Endphalangen auf. Das Mädchen war 11 Jahre alt und soll von frühester Kindheit an schlechte Nägel gehabt haben. Syphilis und parasitäre Affectionen sind ausgeschlossen. Beide Daumen haben an Stelle der Nägel eine pergamentartige Oberfläche und nur seitlich kleine Streifchen von Hornsubstanz. Die meisten Nägel sind verdünnt, von tiefen Furchen und Spalten der Länge nach durchsetzt und am freien Rande abgebrochen und gezähnelt. Das Kind, das sonst gesund ist, scheint in geistiger wie körperlicher Entwickelung hinter seinem Alter zurück zu sein. Es wird angenommen, dass eine trophische Nervenstörung, die auch bei anderen Krankheiten eintreten kann, der Onychorrhexis zu Grunde liegt.

Ueber die nervöse (s. functionelle) Dyspepsie.*)

Von Prof. Schüle (Freiburg i. B.).

Die Bezeichnung „nervöse" oder „functionelle" Erkrankung hat in der Diagnostik keinen besonders guten Klang. Drängt uns ja unser Causalbedürfniss, bei jeder klinisch abnormen Er-

*) Aus „Deutsche Praxis," 1902, No. 19.

scheinung auch nach einem greifbaren pathologisch-anatomischen Substrat zu suchen.

Und doch können wir uns vorläufig wenigstens ohne die Annahme functioneller Schädigungen nicht behelfen, weder bei den Nerven-, noch bei den Verdauungskrankheiten. Gerade bei den letzteren hat sogar die Aufstellung eines eigenen Krankheitsbegriffes der „nervösen" Dyspepsie (Leube 1879) in vielfacher Hinsicht klärend und ordnend gewirkt. „Der Fortschritt in der Erkentniss war zweifellos beträchtlich, zumal wenn wir uns einmal in die Zeit vor der ersten Leube'schen Publication zurückversetzen, in welcher der Name „chronischer Magencatarrh" den Sammelbegriff für alles das hergab, was nicht Krebs, Magengeschwür oder Magenerweiterung war" (Boas).

Gerade für die ärztliche Praxis, wo so mancher unklare Magenfall kurzerhand als „Catarrhus gastricus" abgethan wird, ist es von besonderer Wichtigkeit, auf das Symptomenbild der functionellen Dyspepsie ein besonderes Augenmerk zu richten.

Ich beabsichtige nicht, im folgenden die ganze Klinik der Magenneurosen — ein sehr grosses Capitel! — zu besprechen, ich möchte nur, einer Anregung der verehrl. Redaction dieser Zeitschrift folgend, einige der häufigsten und practisch wichtigsten Dyspepsien herausgreifen, nämlich diejenigen, bei welchen die Sensibilitätsstörungen von Seiten des Magens im Vordergrunde stehen, während die Hypermotilität, das Aufstossen, Wiederkäuen, die Atonie u. a. m. unberücksichtigt bleiben sollen.

Was die Symptomatologie der in Frage stehenden Affectionen betrifft, so kann ich mich hier wohl kurz fassen: Die Kranken leiden unter den Beschwerden der mannigfachsten Art: Appetitlosigkeit, Druck nach dem Essen, Aufstossen, ferner Uebelkeit, die sich aber selten bis zum Erbrechen steigert (von dem eigentlichen „nervösen Erbrechen" sehen wir ab). Besonders gefürchtet ist auch der fatale Kopfdruck nach dem Essen, ein wahrhaft peinliches Verdauungsfieber ohne Temperaturerhöhung, aber mit heissem Kopf, kalten Extremitäten (niederem Blutdruck), Schwindel e stomacho laeso, schreckhafte Träume, Asthma dyspepticum, Unlust zum Arbeiten, Müdigkeit, gelegentliches Sodbrennen kommen hinzu.

All diesen Beschwerden ist häufig ein bizarrer, unbeständiger Character eigen; sie kommen oft, ohne dass eine besondere Ursache vorliegt, ebenso verschwinden sie auch wieder. Der dys-

peptische Grundton des Leidens bleibt neben diesen Remissionen und Exacerbationen bestehen. Manchmal ist auch der ursächliche Zusammenhang mit nervösen Aufregungen unangenehmer Art direct nachweisbar, ebenso wie Zerstreuung, fröhliche Gesellschaft u. dergl. im günstigen Sinne wirken. Dies gilt jedoch, wie ich im Gegensatz zu den meisten Lehrbüchern hervorheben möchte, nur für gewisse Fälle, aber entschieden nicht für alle.

Aus meinen Beobachtungen habe ich schon lange den Schluss gezogen, dass eine gutartige und eine schwere Form der nervösen Dyspepsie unterschieden werden muss.

Bei der ersteren findet man ein Krankheitsbild, welches dem oben skizzirten gleicht, wobei hervorzuheben ist, dass die Beschwerden von einer mässigen Intensität sind und vor allem, dass sie häufig guten Intervallen weichen. Das Gewicht hält sich dabei in ziemlich befriedigender Höhe, worauf besonders Bouveret in seinem Lehrbuch der Magenkrankheiten hinweist.

Bei der schweren Form erreicht die Dyspepsie oft eine ausserordentliche Intensität: die Kranken haben gegen alles Essbare Widerwillen, jede, auch die leichteste Mahlzeit erzeugt die heftigsten Magenbeschwerden, bessere Intervalle fehlen, die Ernährung sinkt ganz beängstigend und die Patienten bekommen ein elendes, geradezu kachectisches Aussehen, welches einem prima vista die Diagnose einer malignen Neubildung nahe legt.

Diese Fälle stehen wohl klinisch den von Charcot beschriebenen Formen der hysterischen Anorexie und Dyspepsie nahe, bei denen unter Umständen sogar der Tod in Folge von Inanition eintreten kann, falls keine entsprechende Behandlung eingreift.

Die Darmfunctionen sind bei unseren Kranken häufig, aber keineswegs „fast regelmässig" (Boas) mit afficirt. Diarrhoen, Obstipation, Aufblähung des Leibes, Koliken können die Magenbeschwerden erhöhen, manchmal fehlen aber, wie schon bemerkt, Störungen von Seiten des Intestinaltractus vollständig.

Soweit das klinische Bild, dem noch einiges Minderwichtige hinzugefügt werden könnte, was wir hier übergehen wollen.

Was nun den objectiven Befund betrifft, so interessirt uns in erster Linie natürlich der Magenstatus.

Das Organ zeigt sehr häufig keinerlei Abnormität seiner Lage und Grösse. Manchmal findet sich auch Gastroptose, isolirt oder als Theilerscheinung einer allgemeinen Enteroptose.

Ein sehr constantes Symptom ist das Plätschern, welches bei

oberflächlicher Erschütterung der Bauchwand, oft auch bei schneller Lageveränderung der Kranken auftritt. Wie ich a. a. O. auseinandergesetzt habe, halte ich dieses oberflächliche Plätschern für ein Zeichen leichter Atonie, wie ich überhaupt der Ansicht bin, dass die grosse Mehrzahl aller nervös Dyspeptischen an einer Magenerschlaffung mässigen Grades leidet.

Manche Patienten wissen von diesem Plätschern nichts, andere wieder schenken demselben die grösste Aufmerksamkeit und machen es zum Gegenstande hypochondrischer Vorstellungen.

Die Leute erlangen oft geradezu eine Virtuosität im Hervorbringen dieser Plätschergeräusche, indem sie unter den wunderlichsten Verzerrungen ihre Bauchmuskeln ruckweise contrahiren oder den Rumpf hin- und herschütteln. Mir sind solche Patienten, die gleich zur Introduction ihr Plätschern demonstriren, a priori suspect auf Magenneurasthenie und ich sehe dieses Symtom geradezu als pathognomonisch für das Leiden an.

Die Palpation des Abdomens ergiebt manchmal eine mässige Druckempfindlichkeit im Epigastrium, die aber kaum jemals der bei Ulcus zu beobachtenden nahe kommt.

Häufig ist der Druck auf die unter dem Finger pulsirende Aorta schmerzhaft.

Die Zunge der Kranken bietet ein verschiedenartiges Aussehen. Sie kann sich ganz normal präsentiren oder aber mehr oder weniger belegt sein. Ich fand, dass die Fälle mit normaler oder gesteigerter Salzsäureproduction eher eine frische, die mit verminderter Säure eine belegte Zunge darzubieten pflegen.

Von ausschlaggebender Wichtigkeit ist endlich die Untersuchung des Magens mittelst der Sonde. Sie sollte überhaupt bei keinem chronisch Magenkranken unterbleiben. Wir beginnen mit der nüchternen Ausspülung und diese ergiebt uns bei den reinen Sensibilitätsneurosen — und nur von diesen ist in diesem Aufsatz die Rede — keinerlei Rückstand von Speiseresten des Vortages, auch keine nennenswerthen Mengen von Mucin.

Geringe Mengen eines dünnflockigen Schleims sind nicht als pathologisch anzusehen. Blutbeimengungen fehlen natürlich im Ausgespülten, Schleimhautpartikelchen sind mir nie aufgefallen.

Zeigt uns also die Auswaschung des nüchternen Magens, dass gröbere motorische Störungen fehlen, so wird uns die von mir angegeben Methode[1]) am folgenden Untersuchungstage darüber

[1]) Schüle, Die Bestimmung der motorischen Funktion des Magens. Fortschritte der Medizin, 1901. Nr. 18.

aufklären, ob musculäre Insufficienzen geringen Grades vorhanden sind.

Ich habe eine grosse Menge nervös dyspeptischer Kranken untersucht und glaube mit Bestimmtheit sagen zu dürfen, dass hochgradige sensible und secretorische Störungen ohne die geringste Atonie vorkommen können. Diese Thatsache ist nebenbei bemerkt auch desshalb von besonderem Interesse, weil manche Physiologen gerade der Salzsäure eine besondere Bedeutung für die Magenmotilität zugeschrieben haben. Wir sehen aber gar nicht selten normale Fortbewegung der Speisen bei gänzlich oder theilweise fehlender Salzsäure.

Am dritten Untersuchungstage lassen wir den Kranken drei Stunden nach der Riegel'schen Probemahlzeit oder eine Stunde nach dem Probefrühstück exprimiren und bestimmen gebundene wie freie Salzsäure (Mintz), ferner den Pepsingehalt (Hammerschlag)[2]). Die microscopische Untersuchung ist in keinem Falle zu unterlassen.

Auf Grund der chemischen Expertise können wir drei Gruppen der Dyspepsie unterscheiden.

Die erste mit ganz normalem Chemismus entspricht dem ursprünglichen Krankheitsbilde von Leube am meisten; sie ist übrigens nicht gerade sehr häufig.

Am meisten hatten wir Gelegenheit, Fälle zu untersuchen, welche Subacidität bis zur völligen Anacidität zeigten (zweite Gruppe). Das Pepsin ist kaum jemals verringert, ebensowenig das Labferment, indess giebt es auch von dieser Regel einwandsfreie Ausnahmen, wie ich gegenüber Boas bemerken möchte, welcher das Labferment bei seinen functionellen Dyspepsien niemals vermisste.

Die Fettverdauung ist nicht selten gestört, was sich durch das Auftreten zahlreicher Fettsäurenadeln im microscopischen Bilde documentirt.

Die dritte Gruppe endlich ist durch Salzsäure-Ueberschuss characterisirt. Sie tritt an Häufigkeit hinter der letztgenannten entschieden zurück, wenigstens bei unserem hiesigen Freiburger Krankenmaterial.

Es ist jedoch zu bemerken, was ich schon in einer früher er-

[2]) Diese Untersuchungen können mit der Motilitätsprüfung am zweiten Tage combinirt werden.

schienen Arbeit (1895) ausgesprochen habe, dass es einen physiologisch niederen Typus der Salzsäurecurven giebt und dass für manche Menschen Werthe als übernormal angesprochen werden müssen, welche bei der Mehrzahl der Gesunden noch als physiologisch gelten können. Umgekehrt giebt es ja auch nicht so wenig Menschen, die sich bei ausgesprochener Hyperacidität ganz wohl befinden (vergl. die Selbstversuche von Prof. Moritz), für welche diese abnormen Salzsäuremengen demnach das Normale sein müssen.

Kranke mit Hyperacidität klagen vorwiegend über Reizerscheinungen (Säure, Bohren und Nagen im Magen), ferner über ein ödes Hungergefühl, welches mehrfache kleine Mahlzeiten am Tage erfordert. Patienten, welche an Subacidität leiden, zeigen mehr den depressiven Character der Neurose (Uebelkeit, Gefühl von Schwäche oder Unbehagen in der Magengegend, pappiges Gefühl im Munde etc.).

Es braucht für den sachkundigen Leser wohl nicht besonders betont zu werden, dass die im vorausgegangenen gemachte Rubricirung der Beschwerden im wesentlichen eine schematische ist und sehr cum grano salis verstanden werden muss. Es giebt alle möglichen Arten von Combinationen und Varianten, wie das ja bei einer nervösen Affection a prori zu erwarten ist.

Was nun die Diagnose des Leidens betrifft, so kann diese, wie jeder zugeben wird, sehr leicht, aber auch sehr schwer sein. Auf sogenannte „neurasthenische Züge" im Character des Patienten möge man sich nicht allzusehr verlassen, da solche völlig fehlen können. Auch der vielfach betonte Wechsel der Beschwerden, das Sprungartige, Discontinuirliche im Krankheitsverlaufe ist oft nicht nachzuweisen.

Am leichtesten wird die Diagnose, wie Boas sehr mit Recht hervorhebt, bei den Fällen von normalem Chemismus, überhaupt von objectiv regulären Magenfunctionen. Hier kann die Discrepanz zwischen dem mangelnden objectiven Befunde und den erheblichen subjectiven Beschwerden nur durch die Annahme einer sensiblen Neurose des Magens erklärt werden.

Sehr viel schwieriger liegen die Verhältnisse bei Fällen mit Hyperacidität. Hier kommt differentialdiagnostisch in erster und wohl einziger Linie das Ulcus in Betracht.

Ausser der Anamnese bietet uns die objective Untersuchung einige Anhaltspunkte. Der Druckschmerz ist bei Ulcus meist

ziemlich genau localisirt und tritt schon bei leichter Palpation auf, die nervösen Magenaffectionen gehen im Gegensatz hierzu mit weit geringerer Empfindlichkeit einher. Auch das Nichtanschlagen einer typischen Ulcuscur giebt nach der Seite „nervös" hin den Ausschlag. Hat der Kranke schon kurz vorher eine Ulcusbehandlung lege artis durchgemacht, so braucht man sich mit einer solchen nicht mehr aufzuhalten.

Wir verfahren in praxi so, dass wir bei Patienten, deren Beschwerden ein Ulcus nicht ausschliessen, eine Neurose aber als wahrscheinlich erscheinen lassen, zuerst Diagnose halber eine Probemahlzeit geben und durch vorsichtiges Aspiriren (eventuell durch ein T-Stück mit dem Munde) etwas Mageninhalt zu gewinnen suchen. Bei irgend welchen Contraindicationen gegen die Sondirung unterlassen wir dieselbe und ordnen eine strenge Ulcuscur an.

Nützt diese nichts, so gehen wir nach etwa zehn Tagen allmählich zu consistenterer Kost über, riskiren auch gelegentlich einmal ein etwas forcirteres Diäteregime.

Niemals sollte man mit Rücksicht auf die neuesten Veröffentlichungen von B o a s versäumen, nach occulten Magenblutungen zu fahnden, welche, wenn sicher nachgewiesen, der Diagnose natürlich eine ganz bestimmte Directive geben würden.

Die schwersten Aufgaben erwachsen der Differentialdiagnose, sobald es sich um Sub- oder gar Anacidität handelt.

Hier können Verwechslungen vorkommen mit chronischem Magencatarrh, Secretionsschwäche in Folge von Allgemeinerkrankungen (perniciöse Anämie, chronische Drüsenatrophie), ferner mit Carcinom des Magens und Achylia gastrica.

Was manchmal mit Leichtigkeit die Sache klarstellt, das ist der Verlauf der Krankheit, den wir allerdings nur ganz selten von ihrem Anfang an verfolgen können.

Wenn jemand mehr oder weniger plötzlich innerhalb weniger Wochen unter den Symptomen der Dyspepsie erkrankt und dann die freie Salzsäure unter unseren Augen rapid abnimmt bis auf Null, so können wir eigentlich nur an nervöse Störungen denken. Nur solche vermögen, ganz ähnlich wie ein Schreck die Milch der Stillenden momentan versiegen lässt, so auch am Magen eine peracute Insufficienz und Lähmung der secretorischen Apparate zu erzeugen.

Bei jeder organischen Affection (Carcinom, Catarrh, Drüsen-

degeneration) dauert der Process jahre- oder doch monatelang, bis es zu einem analogen Ausfall der Functionen gekommen ist.

Was den Magencatarrh betrifft, so diagnosticire ich einen solchen nur dann, wenn im nüchternen Magen oder in dem nach der Probemahlzeit ausgespülten Chymus sich reichlich Schleim findet.

Schwierig kann die Differentialdiagnose werden, wenn, was gar nicht so selten ist, ein mehr oder weniger ausgesprochener Catarrh sich zur Secretionsneurose hinzugesellt.

Es erscheint ja von vorneherein plausibel, dass abnorm hohe Salzsäuremengen oder organische Säuren, wie sie sich bei der Hyper- oder Subacidität im Magen vorfinden, die Schleimhäute desselben zur catarrhalischen Entzündung zu reizen im Stande sind. Aber auch hier bestätigt sich die alte Erfahrung, dass der Magen eigentlich sehr wenig Tendenz zum chronischen Catarrh besitzt und dass er sehr lange und intensiv gereizt werden muss, um einen solchen zu acquiriren. Wir sehen desshalb ausgesprochene Gastritis chronica selten bei den sensiblen Neurosen mit und ohne secretorische Abnormitäten, von denen allein wir hier sprechen.

Bei der Achylia gastrica auf angeborener oder in Folge lange dauernden Catarrhs erworbener Secretionsuntüchtigkeit finden wir wohl meist in der Anamnese und in dem Allgemeinstatus genügende Anhaltspunkte, um eine nervöse Affection ausschliessen zu können. Manchmal werden wir allerdings zu einer ganz geklärten Auffassung des Falles nicht kommen können, nämlich dann, wenn neurasthenische Symptome sich dem Krankheitsbilde beimengen.

Am sichersten lässt sich Anadenie ausschliessen bei schnell unter unseren Augen sich entwickelnder secretorischer Insufficienz. Sehr schwierig liegt die Entscheidung, wenn wir berücksichtigen, dass es auch angeborene Achylia gastrica giebt, die viele Jahre lang den Trägern unbekannt war, da sie eben keine Magensymptome machte (die eigene Krankengeschichte von B i e d e r t ist ein lehrreiches Beispiel hierfür).

Ich will die verschiedenen Möglichkeiten hier nicht weiter besprechen, es liesse sich noch manches anführen, indess besteht im allgemeinen wenig Interesse für diese Art von Casuistik, da die Fälle immerhin selten sind.

Am wichtigsten und geradezu tagtäglich an uns herantretend

ist die Aufgabe, zu entscheiden zwischen functioneller Magenerkrankung mit Anacidität und Carcinom des Magens. Es führt uns diese Frage zur Differentialdiagnose des Magenkrebses überhaupt und diese ist ein recht schwieriges und oft recht undankbares Capitel.

Ich muss es mir versagen, hier auf dasselbe näher einzugehen und möchte mich mit der Bemerkung begnügen, dass in nicht wenigen Fällen die Diagnose in suspenso bleiben muss und erst durch den Erfolg oder Misserfolg der Behandlung fixirt werden kann. Es ist dies eigentlich nur eine Umschreibung unserer eigenen diagnostischen Unzulänglichkeit, indess müssen wir recht oft mit dieser rechnen, was wohl auch der erfahrenste Magenpathologe zugeben wird.

Als Illustration dieser oft kaum vermeidbaren Irrungen mögen hier drei besonders characteristische Krankengeschichten Platz finden.

1. Frau B. M., 73jährige Privatiere. Patientin war stets etwas „magenschwach." Seit einem Monat besonders heftige dyspeptische Beschwerden (Aufstossen, Magenschmerzen). Patientin magerte mehrere Pfund ab.

Der Stat. praes. ergiebt eine mittelgrosse, abgemagerte Frau (42 Kilo). Der Magen ist in toto nach abwärts gesunken, die kleine Curvatur steht in Nabelhöhle, die grosse an der Symphyse. Kein Tumor fühlbar. Morgens keine Rückstände, kein Schleim. Nach Probeessen mehrmals keine freie HCl. Nach vier Wochen hatte die Kranke 2,7 Kilo zugenommen, die freie Salzsäure war wieder aufgetreten. Diagnose: acute secretorische Insufficienz eines functionell schwächlichen Magens.

2. J. D., 55jähriger Küfer. Früher stets gesund, speciell niemals magenleidend. Seit vier Monaten besteht Dyspepsie (kein Appetit, Ekel vor Fleisch, starke Gewichtsabnahme). Der Arzt schickte den Kranken wegen Carcinoma ventr. zur Operation.

Stat. praes.: Ausgesprochen cachectisches Aussehen, Haut leicht abschilfernd, Organe der Brust normal. Der Magen ist etwas erweitert (Curv. major zwei Finger unterhalb der Nabelhorizontalen). Nüchtern findet sich gallige, zäh-schleimige Flüssigkeit, manchmal sind auch Speisereste nachweisbar. Weder nach Probefrühstück noch nach Probemahlzeit lässt sich freie Salzsäure (je zwei Untersuchungen) nachweisen. Das Gewicht geht zuerst von 70,2 auf 69,8 Kilo herunter, steigt dann auf 73 Kilo. Euphorie. Entlassung.

3. A. L., 53jähriger Arbeiter. Früher im wesentlichen gesund, nur etwas „nervös." Seit acht Monaten hochgradige Dys-

pepsie, Abmagerung. Im Ausgeheberten keine freie HCl, sondern blutverdächtige Massen.

Stat. praes.: Ausgesprochene Kachexie, Magen nüchtern leer. Nach Probemahlzeit 0,06 Proc. freie HCl, Gesammtacidität = 67 Proc. Diagnose: Ulcus carcinomatosum. Wegen heftiger Schmerzen Probelaparotomie. Magen völlig normal. Später auf hydrotherapeutische Behandlung wesentliche Besserung.

Diese drei Kranken, welche heute nach drei bis zwei Jahren noch leben, zeigen wohl hinlänglich klar, welch grossen Schwierigkeiten die Differentialdiagnose oft begegnet. Bei allen oben besprochenen Patienten war sowohl von den behandelnden Aerzten als auch von uns selbst die Diagnose „Magenkrebs" gestellt worden — wie der Verlauf erwies, mit Unrecht. Sie boten gewissermaassen classische Frühsymptome einer malignen Magenaffection dar. So z. B. Fall 1: eine alte Frau magert plötzlich stark ab, zeigt Verlust der freien Salzsäure, nervöse Symptome fehlen völlig — wer hätte da nicht zuerst an ein Carcinoma incipiens gedacht! Dann Beobachtung 2: hier war gerade die Leube'sche Regel erfüllt. Der Patient hatte stets einen sehr guten Magen gehabt, den er nicht genug rühmen konnte, dann entwickelt sich ein dyspeptischer Zustand, verbunden mit Atonie (die von Boas urgierte motorische Schwäche bei Carcinom!), ferner eine nicht zu übersehende Kachexie. Die Salzsäure fehlt, das Gewicht nimmt trotz guter Ernährung ab!

Bei Fall 3 war die Cachexie besonders auffallend. Die freie Salzsäure konnte sehr wohl aus dem vorhergegangenen Ulcus erklärt werden, ausserdem handelte es sich ja um eine Erkrankung im Beginn.

Ein Tumor war bei allen drei Patienten nicht zu beobachten gewesen; doch kommt dieser Punkt hier gar nicht in Frage, ist es ja doch gerade unser Wunsch, das Magencarcinom auch in denjenigen Fällen zu diagnosticiren, wo die Geschwulst noch fehlt, und gerade diese pflegen eben zu Verwechselungen mit functionellen Affectionen zu führen und umgekehrt.

Wenn solche Irrthümer schon an dem grünen Holze des Krankenhausmaterials vorkommen, welches doch mit Spülungen, Probeessen etc. ganz besonders gründlich untersucht werden kann, wie gross sind erst die Schwierigkeiten in der Praxis! Man muss bei zweifelhaften Fällen besonders auch den Angehörigen gegenüber sehr vorsichtig sein und den Kranken nicht eher als

krebsverdächtig bezeichnen, bevor nicht eine genügende Beobachtungszeit verstrichen ist.

Im Interesse der Totalexstirpation ganz frischer Neubildungen wäre natürlich die Probelaparotomie in allen zweifelhaften Fällen möglichst früh zu unternehmen, was aus naheliegenden Gründen nur selten möglich sein wird.

Die Therapie der functionellen Dyspepsien hat in erster Linie eine allgemeine zu sein. Ob es sich um eine Störung auf neurasthenischer Basis handelt oder ob eine Minderung der körperlichen Leistungsfähigkeit im Ganzen den Magen als angeborenen Locus minoris resistentiae in Mitleidenschaft gezogen hat — immer müssen wir eine Tonisirung des gesammten Organismus anstreben, um vom allgemeinen auf das Einzelne einzuwirken. Wir können das bekannte Beispiel des Menenius Agrippa umdrehen: wie der ganze Körper Schaden nimmt, sofern der Magen streikt, ebenso gewinnen die Verdauungsorgane neue Kraft, wenn Stoffwechsel im allgemeinen und das gesammte Nervensystem sich kräftigen.

Hierzu gehört allerdings in erster Linie eine geeignete Ernährung und an diese müssen wir den Magen wieder gewöhnen; wir können aber auch mit frischer Luft, Massage, Hydrotherapie — kurz dem bekannten und bewährten Rüstzeuge der Neuropathologie den günstigen Verlauf mächtig befördern.

Ganz vorzüglich wirken die Höhenorte, speciell das herrliche Engadin (aber ohne Trinkcuren mit Tarasper Wasser!), sonst auch jede andere Höhe von 800—1000 m und darüber, soferne keine Gegenindicationen bestehen. Je mehr Waldeinsamkeit und je weniger High life, desto besser.

Das Wo ist übrigens weniger wichtig als das Wie des Aufenthaltes, d. h. der Kranke muss Gelegenheit haben, an dem Curorte ruhig und einigermaassen seiner Diät leben zu können. In Schuls (Tarasp) z. B. wird den Bedürfnissen der Patienten nach dieser Richtung hin recht viel Beachtung geschenkt.

Nicht minder wichtig als die klimatische Behandlung ist die Hydrotherapie. Sie ist mir seit Jahren das werthvollste Heilmittel für alle Formen functioneller Dyspepsien gewesen. Wir geben in geeigneten Fällen schottische Douchen, eventuell vorher Massage und ein Halbbad (20—14° R.).

Die Faradisation des Abdomens wende ich seltener an, öfters CO^2-Bäder von 26° R.

Betreffs der arzneilichen Behandlung sei hier nur bemerkt, dass in erster Linie die allgemein tonisirenden Mittel in Frage kommen, also Arsen (Injectionen von Natr. kakodyl.), Strychnin, Erbs Pil. tonicae. Codein und Brom sind manchmal nicht ganz zu vermeiden, wenn man auch, bewährten Grundsätzen folgend, Narcotica aus der Magentherapie nach Kräften verbannen wird.

Von der grössten Bedeutung ist natürlich die Diätfrage. Es hiesse Allbekanntes wiederholen, wollte ich auf die Bedeutung einer zielbewussten Ernährungstherapie hier nochmals hinweisen.

Auch die vielbesprochene Frage der Diät bei Hyperacidität gedenke ich hier nicht aufzurollen. Für den Practiker mögen folgende Gesichtspunkte zur Orientirung genügen:

In erster Linie richte man sich nach der individuellen Toleranz des Patienten gegenüber den verschiedenen Speisen. Man kann zum voraus nie wissen, was der Einzelne erträgt und was nicht; doch klären einen die Kranken selbst meistens über die wichtigsten Punkte auf. Wenn irgendwo, so darf bei diesen Affectionen nicht nach der Schablone verfahren werden.

Kohlehydrate werden im allgemeinen gut ertragen, Milch oft, aber nicht immer. Hypacide bekommen oft starke Beschwerden nach Fleisch, besonders nach rothem. Das Fett ertragen nach meinen Erfahrungen Hyperacide gut, die anderen meist schlecht.

Auf eines sei noch hingewiesen: Man liest oft in den Lehrbüchern, bei nervöser Dyspepsie sei eine recht kräftige, nicht allzu schonende Kost zu empfehlen, mit dieser erreiche man weit mehr als mit den nach dem Geschmack des Patienten ausgesuchten „leichten" Speisen. Ich kann diesem Satze in seiner Allgemeinheit durchaus nicht beipflichten. Wer an einer wirklich schweren nervösen Dyspepsie leidet, für den ist der Genuss gewisser Nahrungsmittel (z. B. Butter oder des Abends Fleisch) einfach gleichbedeutend mit einem schweren Diätfehler. Man macht sich von der oft ganz ausserordentlichen Empfindlichkeit solcher Kranken gar keinen richtigen Begriff, besonders derjenige nicht, welcher selbst über einen guten Magen verfügt. Hier müssen also dem Patienten oft weitgehende Concessionen gemacht werden.

Andererseits wird man sich nicht darauf einlassen, eine nahrhafte Speise, welche nach allgemeiner Erfahrung von den Verdauungsorganen gut bewältigt werden kann, auf die Klagen des

Patienten hin kurzer Hand vom Diätzettel zu streichen. Des Arztes Wille und Urtheil muss eben sehr oft den ruhenden Pol darstellen in der Erscheinungen Flucht, wie die nervöse Dyspepsie sie hervorbringt!

Zum Schlusse seien noch einige Bemerkungen gestattet über das Wesen der nervösen Dyspepsie.

Ein auf dem Gebiete der Neurologie besonders erfahrener Forscher, v. Strümpell, hat dieser Frage neuerdings eine äusserst lesenswerthe, geistreiche Studie gewidmet. Strümpell tadelt vor allem den Missbrauch, der mit dem Worte „nervös" getrieben wird, und entwickelt dann die Anschauung, dass eine grosse Reihe von Magenaffectionen psychogenen Ursprungs sei. Diese führten das Epitheton „nervös" mit Recht und für sie allein sei dasselbe auch zu reserviren.

Ich glaube, dass den Ausführungen v. Strümpell's die meisten Magenpathologen beistimmen werden. Was meine eigene Auffassung betrifft, so habe auch ich schon mehrfach Dyspepsien gesehen, deren Ursprung zweifellos „psychogen" war. Derartige Patienten machen den Eindruck höchst absonderlicher Menschen voller Schrullen, die den ganzen Tag ihren Sensationen leben, weibliche und männliche Hysterische! Einer derselben führte z. B. ständig Congopapier mit sich und prüfte die gelegentlich hochkommenden Speisen auf freie Salzsäure, über die Zahl der Ructus wurde von ihm geradezu Buch geführt und über den Begriff der freien und gebundenen Salzsäure war der Herr besser orientirt als mancher Magenarzt. In solchen Fällen muss das Magenleiden als Theilerscheinung einer allgemeinen Schwäche des gesammten Nervensystems, speciell des cerebralen aufgefasst werden.

Derartige Kranke sind indess in der Minderzahl. Vielleicht finden sie sich mehr in Nervensanatorien oder in den Irrenanstalten als in der allgemeinen Praxis.

Eine zweite und sehr grosse Categorie umfasst jene neurasthenischen Menschen, bei welchen sich nach besonderen Gemüthsbewegungen oder auch ohne solche eine Dyspepsie acut oder subacut entwickelt.

Die Sub- oder Hyperacidität ist an und für sich gewiss nicht die Ursache der Beschwerden, sie ist vielmehr nur ein Symptom der Krankheit, aber es erwachsen aus diesen secretorischen Abnormitäten „rein chemisch", wenn ich mich so ausdrücken darf,

gewisse Veränderungen in der Zusammensetzung des Chymus (Uebersäuerung, schlechte Eiweissverdauung), welche bei der gesteigerten Sensibilität des Verdauungstractus zu Beschwerden führen, von denen z. B. ein Anacider, aber Nervengesunder verschont bleibt. Wichtig ist natürlich auch noch die Frage der Motilität, welch letztere manchen Fehler in der Magenverdauung dem Darm zur Correctur schleunigst überweisen kann.

Dass nervöse Einflüsse die secretorischen und motorischen Functionen beeinflussen können, ohne dass Autosuggestion oder psychische Alteration im Sinne v. Strümpells vorzuliegen braucht, das beweist u. a. auch die Störung der Magenverdauung während der Menstruation, wo wir es doch sicher mit reflectorischen Vorgängen zu thun haben, die sich im Abdomen abspielen ohne jede Mitwirkung des Gehirns.

Eine dritte Klasse von „nervös" Dyspeptischen leidet überhaupt nur an functioneller Schwäche des Organs, was Martius „angeborene Minderwerthigkeit des specifischen Drüsenparenchyms" (und der motorischen Apparate. D. Verf.) nennt. Solche Patienten können ihr Leben lang magenleidend sein, ohne dass nervöse Factoren mit im Spiele sind. Diese Zustände sind „functioneller" Natur, und es wäre vielleicht überhaupt besser, wenn man, wie v. Strümpell vorschlägt, nur von functioneller Dyspepsie überhaupt spräche. Diese könnte dann wieder specificirt werden: als auf neurasthenischer Basis entstanden oder als psychogener Natur oder als angeborene Schwäche.

Man hat sich manche Mühe gegeben, irgend etwas für die functionelle Dyspepsie Characteristisches, gewissermaassen ein constitutionell ätiologisches Moment (Martius) in der Organisation des Körpers selbst zu finden. So hat man in erster Linie die Gastroptose beschuldigt, die Ursache der nervösen Verdauungsschwäche zu sein. Diese Auffassung ist heutzutage mit Recht von fast allen Autoren verlassen worden, weiss man doch zu gut, dass Gastroptose bei hochgradigen Dyspepsien fehlen und dass Magensenkung ohne jede Verdauungsstörung bestehen kann.

Dann hat Stiller darauf aufmerksam gemacht, dass bei der überwiegend grossen Mehrzahl der nervösen Dyspeptiker die zehnte Rippe frei beweglich sei (Costa decima fluctuans). Dieses Stigma der nervösen Dyspepsie wird indess auch bei manchen Kranken mit sicherer Diagnose vermisst, so dass ihm eine allgemeine Gültigkeit nicht zugesprochen werden kann.

Weitere Untersuchungen nach dieser Richtung hin werden sicher von Werth sein, aber es ist doch nicht anzunehmen, dass wir gerade für die echten Formen nervöser Dyspepsie somatische Zeichen von eindeutiger Valenz auffinden werden, so wenig wir bei jedem Neurasthenischen eine körperliche Abnormität, z. B. in der Schädelconfiguration, nachweisen können. Die Krankheit ist eben offenbar verschiedenen Ursprungs — psycnische Minderwerthigkeit, Neurasthenie, angeborene functionelle Schwäche — und kann desshalb weder von einem Punkte aus curirt noch erklärt werden.

Referate und Kritiken.

A Text-Book of the Science and Art of Obstetrics. By Henry J. Garrigues, A.M., M.D. With five hundred and four illustrations. Philadelphia and London. J. B. Lippincott Company. 844 pp.

Der durch sein Text-Book of Diseases of Women schon rühmlichst bekannte Autor ist nunmehr auch mit einem Handbuche der Geburtshülfe an die Oeffentlichkeit getreten. Dasselbe behandelt den Gegenstand in klarer und lückenloser Weise und lässt überall den Verf. als erfahrenen Geburtshelfer erkennen. Das Werk ist daher in gleicher Weise dem Studirenden als Lehrbuch wie auch dem Arzte zum Nachschlagen ganz besonders zu empfehlen. Die Ausstattung des Buches von Seiten der Verlagshandlung ist vorzüglich, und tragen insbesondere die dem Texte beigegebenen 504 Abbildungen, wovon eine Anzahl vortrefflich ausgeführte Farbtafeln, zur Erläuterung des Inhaltes bei. Das Garrigues'sche Lehrbuch der Geburtshülfe ist ein ausgezeichnetes Werk, das sich bald viele Freunde erwerben wird.

A Handbook of Materia Medica, Pharmacy and Therapeutics, including the Physiological Action of Drugs, the Special Therapeutics of Diseases, Official and Practical Pharmacy, and Minute Directions for Prescription Writing. By Sam'l O. L. Potter, A.M., M.D., M.R.C.P., London. Ninth edition, revised and enlarged. Philadelphia. P. Blakiston's Son & Co., 1902. 952 pp. Price, $5.00 net.

Das umfangreiche Werk zerfällt in folgende Hauptabschnitte: Einführung in die Materia medica, Arzneimittellehre

mit alphabetischer Anordnung des Stoffes, Arzneiverordnungslehre und specielle Therapie. Die einzelnen Abschnitte sind mit einer Genauigkeit und Sorgfalt ausgearbeitet, die bewunderungswürdig ist und beweist, wie sehr Verf. den Stoff beherrscht und in der Literatur bewandert ist. Was nun die vorliegende 9. Auflage des Werkes anbetrifft, so ist dieselbe in jeder Hinsicht den neuesten Errungenschaften auf dem Gebiete der Pharmacologie und Therapie gerecht worden. Da ferner Verf. über drei Jahre als Arzt der U. S. Armee auf den Philippinen weilte, war er im Stande, seine in den Tropen gemachten Erfahrungen bei der Neuauflage seines Werkes zu verwerthen. Dass als Anhang u. a. ein Verzeichniss lateinischer Wörter mit Uebersetzung, sowie eine Anleitung zur Declination lateinischer Wörter enthalten ist, wird Aerzten, die in Deutschland gross geworden sind, etwas sonderbar vorkommen. Nachdem diese kleine lateinische Grammatik resp. Wörterbuch nun doch einmal dem Werke beigegeben ist, wäre wenigstens zu wünschen, dass daraus die vielen Fehler verschwinden würden. So berührt es einen classisch gebildeten Leser gerade nicht angenehm, wenn er findet, dass *decubitus* mit *lying down*, *ulna* mit *the arm, elbow*, übersetzt ist. Ref. empfand bei der Durchsicht dieses lateinischen Wörterverzeichnisses den gleichen Eindruck, wie beim Durchblättern des Jahresberichtes eines hiesigen Augen-, Ohren- und Kehlkopf-Dispensary's, der ihm unlängst zu Gesicht kam. Unter den darin aufgeführten Krankheitsfällen findet sich u. a. *Glaucoma acuta, Glaucoma chronica, Glaucoma subacuta* und *Glaucoma absolutum et immature cataract.* Glaucoma ist hier also dreimal unrichtiger Weise als Femininum gebraucht und einmal richtig als Neutrum; ferner findet sich hier eine lateinische Krankheitsbezeichnung mit einer englischen durch et verbunden. Warum? Hat das Latein des Verfassers nicht mehr für Cataracta immatura gelangt? Wer im Lateinischen so schwach ist, sollte sich lieber der Landessprache bedienen, denn wenn er durch Einstreuung einiger lateinischer Phrasen sich einen besonderen Anstrich von Bildung geben will, erzielt er damit gerade das Gegentheil. Doch um nach diesen Abschweifungen zu dem Potter'schen Werke zurückzukehren, so beeinträchtigen diese kleinen Uebelstände den sonstigen Werth des von der Verlagshandlung in vortrefflicher Weise ausgestatteten Buches in keiner Weise. Dasselbe kann nur bestens empfohlen werden.

Text-Book of Medical Jurisprudence and Toxicology. By John J. Reese, M.D. Sixth edition. Revised by Henry Leffmann, A.M., M.D. Philadelphia: P. Blakiston's Son & Co., 1902. 660 pp. Price, $3.00 net.

Das Reese'sche Handbuch der gerichtlichen Medicin, das soeben in 6. Auflage erschienen ist, behandelt den Gegenstand mit

fast lückenloser Ausführlichkeit. Was den Inhalt des Werkes anbetrifft, so kann an dieser Stelle nicht näher auf denselben eingegangen werden. Nur eine Angabe soll nicht unwidersprochen bleiben. Wenn Verf. bei Besprechung des criminellen Abortus angiebt, dass bei dem spontanen Abortus im 3. oder 4. Monat das Ei fast immer als Ganzes, d. h. mit nicht rupturirten Eihäuten ausgestossen werde, während bei dem zur selben Zeit erfolgenden criminellen Abortus das Gegentheil stattfände, indem hier die Eihäute zerrissen und der Foetus zuerst und nach ihm Placenta und Eihäute zum Vorschein kämen, dass daher dieser Umstand bei Beurtheilung des Falles, ob criminell oder nicht, von Wichtigkeit wäre, so befindet er sich in einem grossen Irrthum. Wie jeder practische Arzt weiss, wird auch im 3. und 4. Monat in einer ganzen Reihe von Fällen auch von nicht criminellem Abortus das Ei nicht in toto ausgestossen, daher dieser Umstand sicherlich nicht für die Diagnose criminellen Abortus verwerthet werden kann. Das R e e s e'sche Buch ist Aerzten und Juristen in gleicher Weise zu empfehlen.

The Physician's Visiting List. For 1903. Fifty-second year of its publication. Philadelphia: P. Blakiston's Son & Co. Price, $1.00 net.

Obiges mit Recht so beliebte Taschenbuch für Aerzte ist nunmehr zum 52. Male erschienen, gewiss die beste Empfehlung für dasselbe. Es enthält einen Calender für 1903—1904, Angaben über unrationelle Arzneimischungen und über die erste Hülfeleistung bei Vergiftungsfällen, Tabellen für das metrische Maass- und Gewichtssystem und zur Umwandlung der Apotheker-Maasse und -Gewichte in das Decimalsystem, Dosirungstabelle nach dem Apothekergewicht und nach metrischem System, eine kleine Abhandlung über Asphyxie und Apnoe, eine Vergleichstabelle der drei verschiedenen Thermometerskalen und zuletzt eine Tabelle zur Berechnung der Schwangerschaftsdauer. Daran schliesst sich das übliche Notizbuch an. Die äussere Ausstattung des Taschencalenders, feiner Ledereinband mit Goldschnitt sowie Brieftasche und Bleistift, ist eine äusserst elegante.

A Compend of Physiology Especially Adapted for the Use of Medical Students. By A l b e r t B. B r u b a k e r, A.M., M.D. Eleventh edition revised and enlarged with illustrations and a table of physiologic constants. Philadelphia: P. Blakiston's Son & Co., 1902. 270 pp. Price, $.80 net.

Das kleine Werkchen, das, wie schon der Titel besagt, nicht die ausführlichen Lehrbücher der Physiologie ersetzen soll, wird auch in der Neuausgabe seiner Aufgabe gerecht. Das Wichtigste aus dem Gebiete der Physiologie ist darin in klarer und leicht verständlicher Weise zur Darstellung gebracht.

Mittheilungen aus der neuesten Journal-Literatur.

1) J. A. Goldmann (Wien): *Erfahrungen über den therapeutischen Effect der Quecksilber-Vasogensalbe.*

Seit einer Reihe von Jahren schon ist man eifrigst bemüht, Ersatzmittel für das officinelle Ungt. cinereum herzustellen, theils wegen seiner unzuverlässigen Bereitungsweise, demzufolge auch seiner ungleichmässigen Wirkungsweise wegen, da die Resorption des Hg durch die Haut keine genügende sein kann, theils aber auch desshalb, weil die nicht resorbirten Reste von Quecksilber und Fett auf die Haut selbst schädlich einwirken und Dermatosen erzeugen. Vasogen ist nun das denkbar beste resorptionsbefördernde Vehikel für verschiedene Arzneimittel, welche dem Organismus durch die Haut einverleibt werden sollen, wobei noch der allseits anerkannte Vorzug der absolutesten Reizlosigkeit den Werth desselben gegenüber anderen Salbengrundlagen wesentlich zu erhöhen vermag. So bildet auch das Vasogen pur. spiss. die beste Salbengrundlage für die „Quecksilber-Vasogensalbe". In Fortsetzung seines früheren Berichtes über „Vasogenpräparate" referirt Verf. nunmehr über eine Anzahl von Fällen, die er mit Quecksilber-Vasogen behandelt hatte und zwar in den verschiedenen Entwicklungsstadien. Alle Fälle verliefen günstig, und die dabei gemachten Erfahrungen sprechen deutlich dafür, dass Quecksilber-Vasogensalbe, sowohl wegen ihrer leichteren und reinlicheren Verwendungsart, als auch wegen ihrer reactionslosen, dabei doch prompt und therapeutisch vollwerthigen Wirkungsweise der officinellen grauen Salbe positiv überlegen, demnach in der Praxis dieser auch vorzuziehen ist. Was die Dosirung anbelangt, so benutzte Verf. zu einer Einreibung gewöhnlich 2 g einer 33½—50 proc. Quecksilber-Vasogensalbe. (Monatsschr. für pract. Dermatologie, Bd. 35, No. 7.)

2) Ernst Fuchs (Wien): *Ueber Cocain.*

Fuchs weist darauf hin, dass das Cocain selbst von Augenärzten in einer vollkommen unzweckmässigen Weise gebraucht wird. Vollkommen gedankenlos ist es natürlich, dass man Jedem, der über Augenschmerzen klagt, Cocain verordnet, ohne sich weiter über die Art der Augenerkrankung den Kopf zu zerbrechen, ähnlich wie es leider oft mit dem Atropin geht, das oft genug auch heute noch von den Aerzten in glaucomatöse Augen eingetropft wird. F. selbst verschreibt das eminent schmerzstillende Cocain niemals gegen Augenschmerzen und zwar aus folgenden Gründen: Bei Bindehautleiden sind in der Regel keine erheblichen Schmerzen vorhanden, bei den tieferen Erkrankungen des Auges, Iridocyclitis, Glaucom u. s. w. nützt das Cocain nichts, da seine anästhesirende Wirkung nur oberflächlich ist, bleiben also nur noch die Hornhauterkrankungen. Diese kön-

nen recht heftige Schmerzen verursachen, welche durch Einträufeln von Cocain in vielen Fällen gelindert oder gestillt werden können. Aber die Wirkung ist vorübergehend; nach einer viertel- bis halben Stunde kehren die Schmerzen wieder. Der Patient wird sich dann veranlasst fühlen, das Mittel immer und immer wieder einzutropfen, womit er aber seiner Hornhaut Schaden zufügen oder wenigstens den Heilungsprocess beeinträchtigen kann. Die schädigende Einwirkung des Cocains auf das Epithel der Hornhaut ist bekannt, auch kann das Cocain noch in anderer Weise schädigend wirken, indem es vermöge seiner pupillenerweiternden Wirkung im Stand ist, in dazu disponirten Augen einen Glaucomanfall auszulösen.

F. giebt also das Cocain dem Patienten nicht in die Hand, sondern behält sich die Anwendung des Mittels selbst vor. Dies geschieht vor Allem zum Zwecke jeder Operation, auch der kleinsten, wie Entfernen von Fremdkörpern aus der Hornhaut. Er tropft vor der Operation einige Male 5procentige Cocainlösung ein und sieht darauf, dass zwischen den einzelnen Eintropfungen der Patient das Auge geschlossen hält. Bei stark injicirten Augen versagt oft die anästhesirende Wirkung des Cocains. Solche Operationen ohne Narcose ganz schmerzlos zu machen, gelingt überhaupt nicht; um aber doch dem Cocain wenigstens zu einer theilweisen Wirkung zu verhelfen, empfiehlt F. Folgendes: 1. Injection einiger Tropfen Cocainlösung unter die Bindehaut an der Stelle, wo man den Einstich zu machen beabsichtigt. 2. Eintropfung von Nebennierenextract, welches die Bindehaut blutleer macht und dadurch die Einwirkung des Cocains erleichtert. 3. Eine subcutane Morphininjection vor der Operation.

Die pupillenerweiternde Wirkung des Cocains kann man zur Erleichterung der ophthalmoscopischen Untersuchung an Stelle des Homatropins benützen, doch steht die Wirkung des Cocains derjenigen des Homatropins insoferne nach, als das Cocain die Contractionsfähigkeit der Pupille auf Licht bestehen lässt, diese also namentlich bei intensiver Belichtung der Maculagegend oft noch ziemlich enge werden kann. Die intensivste Pupillenerweiterung erhält man durch Combination von Cocain und Atropin in folgender Weise: Man cocainisirt das Auge zuerst wie zu einer Operation und legt dann das Körnchen Atropinsalz in den Bindehautsack ein. F. verfährt auf diese Weise in Fällen heftiger Iritis, sowie behufs Zerreissung alter fester Synechien oder endlich, um die Iris von einer kleinen frischen Perforationsstelle in der Hornhaut frei zu machen, die grösste Leistung, die man von einem Mydriaticum verlangen kann.

Nachdem nun F. davor gewarnt hat, die Cocainlösung dem Patienten bei schmerzhaften Augenleiden in die Hand zu geben, theilt er nunmehr mit, was man dem Patienten an Stelle des Cocains zur Schmerzlinderung geben soll. Obenan steht natürlich die causale Behandlung. Von den innerlichen Mitteln nimmt

eine besonders wichtige Stelle das *Aspirin* ein, wenn es sich um die Schmerzen handelt, welche eine Iridocyclitis begleiten. Als locale Mittel gegen Augenschmerzen empfehlen sich vor Allem Umschläge. Kalte Umschläge werden in der Regel nicht so gut vertragen als warme. Diese können als feuchtwarme angewendet werden, indem man Leinwandlappen, in heisses Wasser getaucht, auf das geschlossene Auge auflegen und recht oft wechseln lässt, wobei der Patient die horizontale Lage einnehmen muss. Man kann zu warmen Umschlägen, feucht oder trocken, auch die Leiter'schen Röhren oder einen kleinen Thermophor verwenden oder endlich die unter dem Namen der japanesischen Handwärmer in den Handel gebrachten Glühkörper. Bei schwerer Iridocyclitis schneidet eine ausgiebige Blutentziehung an der Schläfe (6—8 Blutegel oder ein Heurteloup) oft die Schmerzen ab und erleichtert auch die Erweiterung der Pupille durch die Mydriatica. Endlich verdient noch das *Dionin* empfohlen zu werden. Dasselbe wird als Pulver oder in 5procentiger Lösung in den Bindehautsack gebracht. Da es ziemliches Brennen verursacht, kann man vorher einen Tropfen Cocainlösung einträufeln. Das Dionin erzeugt in vielen Augen ein starkes entzündliches Oedem der Bindehaut, so dass das Auge nunmehr viel mehr entzündet aussieht. Dieses Oedem vergeht binnen einiger Stunden und fällt immer geringer aus, je länger man das Dionin anwendet. Trotzdem nun das Dionin die äusseren Entzündungserscheinungen anscheinend steigert, hat es doch oft einen sehr günstigen Einfluss auf die Schmerzen, sowohl bei Hornhauterkrankungen als auch bei Iridocyclitis; in vielen Fällen wirkt es auch günstig auf begleitende Lichtscheu, sowie auf den Krankheitsprocess selbst ein. (Wiener klin. Wochenschr., 1902, No. 38.)

3) H. Stursberg: *Ueber Aristochin, ein geschmackloses Chininderivat.*

Aristochin bildet ein weisses Pulver ohne erkennbaren Geschmack; es löst sich gut in verdünnter Salzsäure und fällt bei allmählicher Herabminderung der Acidität der Lösung nicht wieder aus, ein Umstand, der für die Aufsaugung im Dünndarm von Wichtigkeit ist. Es enthält 96,1 Proc. Chininbase. Verf. konnte bei den in der Bonner medicinischen Universitätsklinik mit dem Mittel angestellten Versuchen nach Einnahme von 0,3 Aristochin bei nüchternem Magen bereits nach ½ Stunde im Harn durch die Jodjodkaliumprobe Chinin nachweisen, jedoch erreichte die Reaction im Laufe des Tages nie dieselbe Intensität wie nach Zuführung von 0,3 Chinin. muriat. Es wurden dann 18 Kinder im Alter von 5 Monaten bis zu 6 Jahren, die an Keuchhusten litten, mit Aristochin behandelt; 6 von ihnen wurden der weiteren Beobachtung entzogen, die übrigen 12 bekamen das Mittel länger als eine Woche. Bezüglich der Dosirung folgte

St. im Allgemeinen der von Binz aufgestellten Forderung: Kinder unter einem Jahre erhielten 0,05 bis 0,1 Artistochin, grössere bis zu 0,3 dreimal täglich. Letztere Dosis wagte er mit Rücksicht auf die noch fehlende Erfahrung bezüglich der Wirkung bei Kindern zunächst nicht zu überschreiten. Die Darreichung mit etwas Wasser bot nach Angabe der Mütter keinerlei Schwierigkeiten, und es wurde weder Erbrechen noch sonst schädliche Folgen nach der Einnahme beobachtet. In etwa der Hälfte der Fälle war ein deutlicher Erfolg der Aristochinbehandlung nicht zu bemerken, es liess sich bei ihnen allerdings mehrfach der Nachweis unregelmässiger Darreichung erbringen. Dagegen gewann Verf. bei den übrigen Kindern den Eindruck, dass der Verlauf der Erkrankung ein recht günstiger war. So war bei einem 7 Monate alten Knaben, der am 20. V. angeblich seit 8 Tagen hustete und viertelstündlich Anfälle bekam, die Zahl derselben bereits am 26. V. erheblich zurückgegangen und am 4. V. traten nur noch etwa 5 Anfälle in 24 Stunden auf. Besonders auffallend waren St. die Angaben zweier Kinder, bei denen eine Unterbrechung der Behandlung eingetreten war: während des Aristochingebrauches seien die Anfälle seltener geworden, hätten nach Aussetzen des Mittels wieder zugenommen. Das eine von ihnen wurde nach erneuter Verabfolgung des Mittels nicht wieder vorgestellt, während bei dem anderen nach Mittheilung der Mutter bereits nach wenigen Tagen die Zahl der Anfälle wieder wesentlich zurückging.

Wenn sich Verf. auch bewusst ist, dass derartige poliklinische Beobachtungen keineswegs den Nachweis für die Wirksamkeit eines Präparates zu erbringen vermögen, so ist er dennoch der Ansicht, auf Grund derselben zu weiteren Versuchen mit Aristochin bei Keuchhusten anregen zu dürfen. Da sich das Mittel als unschädlich erwiesen hat, würde eine Steigerung der Dosen besonders bei im Krankenhaus beobachteten Fällen keine Bedenken haben. Gelegenheit zur Erprobung des Aristochins bei anderen Krankheitszuständen bot sich Verf. bisher nicht. Seine starke Giftigkeit für Protozoen liesse es theoretisch besonders zur Bekämpfung der Malaria geeignet erscheinen. (Münchener med. Wochenschr., 1902, No. 45.)

4) R. Thaussig: *Zur Kenntniss der Gefässwirkung des Jod (bezw. Jodipin).*

Seit der Einführung des Jod in die innere Therapie wird dessen resorbirende Wirkung und in neuerer Zeit dessen specifischer Einfluss auf das Gefässsystem gerühmt. Dieser letztere wird auf eine Wirkung des Jod auf die peripheren Gefässe zurückgeführt, welche sich erweitern sollen. Wenn wir aber trotzdem von einer ausgiebigen Verwendung des Jod selbst in sehr geeigneten Fällen oft absehen, so liegt dies daran, dass die zahlreichen und unter

Umständen im Einzelfalle sehr unangenehmen Erscheinungen des Jodismus uns hiervon abhalten. Da dem vor einigen Jahren dargestellten Jodipin besondere Vortheile nachgesagt wurden, hat sich Verf. entschlossen, Beobachtungen über die Jodwirkungen desselben speciell in solchen Fällen anzustellen, in welchen ein Einfluss des Jod auf die Gefässe angestrebt wird. Diese Gefässwirkung des Jod kommt vorwiegend in Betracht beim Asthma, bei den Erkrankungen der Gefässwand, speciell bei der Arteriosclerose, der luetischen Endarteritis und bei der chronischen Bleiintoxication.

Verf. führte das Jodipin per os, per rectum und subcutan ein. Bei der ersteren Art der Verwendung störte oft der ölige Geschmack, auch traten bei Einführung von grossen Dosen, wahrscheinlich infolge rascher Resorption, doch Erscheinungen von Jodismus auf. Bei rectaler Anwendung scheint zwar die Ausnützung des Präparates keine vollständige zu sein, immerhin lassen sich bei entsprechend langem Verweilen der injicirten Substanz und Verwendung des 25 proc. Präparates genügende Wirkungen ohne Intoxications- oder Belästigungserscheinungen erzielen. Als die zweckentsprechendste Methode erwiess sich die subcutane Darreichung. Verf. benützte für diese nur das 25 proc. Präparat und applicirte die Injection in die Bauchhaut. In keinem der Fälle sah er locale Reizerscheinungen, das leichte Gefühl der Spannung verschwand in der kürzesten Zeit. Er gab gewöhnlich 20 ccm als Einzeldosis, und im Durchschnitt wurde jeden vierten Tag eine Injection verabreicht. Die Angaben des Verf. beziehen sich auf eine Beobachtungsreihe von mehr als 50 Fällen, bei welchen sonst das Jodcalium oder Jodnatrium verordnet wurde. Der Erfolg war im Wesentlichen derselbe, doch waren thatsächlich nur ganz ausnahmsweise Intoxicationserscheinungen zu verzeichnen.

Die Resultate waren bei den Asthmatikern sehr gute, doch boten dieselben nichts Bemerkenswerthes. Hingegen schien Verf. die Wirkung bei den Gefässerkrankungen auf luetischer Basis auffallend günstig zu sein. Die Kranken fanden, dass sie sich wesentlich besser fühlten, dass die wichtigsten subjectiven Beschwerden (Schmerz, Dyspnoe etc.) abnahmen. Damit im Einklang stand eine sichtliche physische Erholung, in manchen Fällen auch eine Abnahme des Blutdruckes. Auffallend war ganz besonders die günstige Einwirkung des Jodipins auf den Fettbestand. Während man sonst gewohnt ist, bei solchen Jodcuren Cachexie eintreten zu sehen, wurde hier bei der subcutanen Jodipindarreichung eine Hebung des Ernährungszustandes beobachtet, die gewiss zum Theile dem Jodfette zuzuschreiben ist. Von besonderem Interesse war auch die Beobachtung der Jodipinwirkung bei der Bleikolik. Die Wirkung des Jod in den Fällen von Bleikolik müssen wir uns als das Resultat der Beeinflussung der Bauchgefässe durch das Jod vorstellen, in welchem

Sinne der Umstand spricht, dass mit dem Einsetzen der Wirkung in den Fällen von subcutaner Injection des Jodipins meist am 3.—4. Tage der Blutdruck zu sinken beginnt. Es spricht dies dafür, dass es sich bei der Bleikolik in erster Linie um einen Gefässkrampf handelt und der Schmerz als Gefässschmerz zu erklären ist.

In der vasodilatatorischen Wirkung liegt nach der Ansicht des Verf. auch das Wesentliche der Leistung des Jod bei der Arteriosclerose. Zur prompten Erzielung dieser Gefässwirkung scheinen jedoch grosse Gaben erforderlich zu sein. Das Jodipin ermöglicht dies ohne unangenehme Nebenwirkung, es ermöglicht es auch, den Patienten gewissermaassen anhaltend aus dem Depot unter Jodwirkung zu halten, was insbesondere für die leichteren Formen von hohem Werthe sein dürfte. Dabei kommen die Kranken nicht nur nicht herunter, sie gedeihen sogar unter Umständen in ganz auffälliger Weise. (Wiener med. Wochenschr., 1902, No. 29.)

SITZUNGSBERICHTE.

Deutsche Medicinische Gesellschaft der Stadt Chicago, Ill.

Sitzung vom 23. October 1902.

Vorsitzender: Dr. Karl Doepfner.

1. Dr. A. Schalek: *Theorien der erblichen Uebertragung der Syphilis.* (Autoreferat.)

Trotzdem die Thatsache, dass Syphilis erblich übertragbar, schon lange bekannt ist, sind wir noch nicht im Stande, positive Gesetze darüber aufzustellen; dies wird wahrscheinlich auch nicht früher möglich sein, als bis wir den wirklichen Microorganismus der Syphilis kennen. Diese Erkrankung kann auf drei Weisen auf den Foetus übertragen werden: nämlich entweder durch den Vater oder durch die Mutter oder durch Beide. Die Möglichkeit der Vererbung durch den Samen allein ist noch eine Streitfrage. Der Autor sucht dieselbe auf Grund analoger Vorgänge im Thierreiche und durch Erklärung der Immunität der Mutter nach dem Gesetze von Colles zu beweisen. Die Mutter kann die Krankheit durch das Ovum oder durch den Placentarkreislauf auf den Foetus übertragen. Vererbung der Syphilis auf die dritte Generation ist fraglich und kann nicht bewiesen werden. Die günstigsten Umstände für das Kind sind dann vorhanden, wenn die Infection der Eltern schon vor langer Zeit stattgefunden hat und wenn eine systematische Behandlung der er-

krankten Partei durchgeführt worden ist. Für den practischen Arzt empfiehlt es sich, nur dann die Erlaubniss zur Heirath zu ertheilen, wenn er sich von dem Erlöschen der Syphilis, soweit dies heute möglich ist, überzeugt hat.

Discussion. Dr. David Lieberthal: Der Vortrag deckt das Gebiet; ich möchte Herrn Dr. Schalek nur fragen, ob die beschriebenen Veränderungen an Placenten nach Abortus oder vollendeter Schwangerschaft gefunden wurden. Dann möchte ich noch einige Bemerkungen über das Colles'sche Gesetz hinzufügen. Es macht auf mich den Eindruck, dass die Mütter, die von ihren syphilitischen Kindern nicht inficirt werden, selbst syphilitisch sind. Betrachten wir zuerst die Syphilis nicht schwangerer Frauen. Wie oft geschieht es hier, dass der Primäraffect übersehen wird! Dasselbe kann auch mit den secundären Symptomen passiren. Behauptet doch Fournier, einer der bedeutendsten Syphilisforscher, dass secundäre Eruptionen bei 40 Procent aller inficirten Frauen vermisst werden. Bei den Schwangeren kann die Primärläsion noch leichter übersehen werden. Falls das Spermatozoon die Lues überträgt, dann erscheint es verständlich, dass dasselbe auf seinem Wege durch den weiblichen Genitalcanal an irgend einer Stelle, die der Untersuchung nicht mehr zugänglich ist, einen Primäraffect verursachen kann. Die secundären Eruptionen, die ja hyperämische Erscheinungen sind, werden vielleicht ebenso wie ähnliche nicht syphilitische Eruptionen durch die Schwangerschaft günstig beeinflusst, so dass sie unbeachtet bleiben. Es sind ferner zahlreiche Fälle in der Literatur verzeichnet, wo bei der Mutter, die zur Zeit der Geburt des syphilitischen Kindes keine Symptome dieser Krankheit gezeigt hatte, später solche noch aufgetreten sind. — Dr. A. Memelsdorf: Bezüglich der hereditären Uebertragung der Syphilis herrschen noch immer die widersprechendsten Anschauungen, und ausser der Frage von der Existenz dieser hereditären Krankheit ist keine einzige unbestrittene Thatsache zu verzeichnen. Der Vortragende berührte auch den Fall, ob eine Muttter, die syphilisfrei bleibt, syphilitische Kinder zur Welt bringen kann. Auch diese Frage wird verschieden beantwortet und behauptet ja auch mein Vorredner, Herr Dr. Lieberthal, dass Mütter hereditär syphilitischer Kinder nur scheinbar gesund sind. Ich habe unlängst einen hierher gehörigen Fall beobachtet. Vor etwa 18 Monaten bekam ich einen Mann mit tertiärer Syphilis in Behandlung. Kurz vorher hatte seine Frau Zwillinge geboren, die beide unleugbare Krankheitsformen der hereditären Syphilis darboten. Bei der Mutter jedoch konnten niemals, trotz häufiger sorgfältigster Untersuchung, syphilitische Zeichen wahrgenommen werden. Die Frau, die keiner antisyphilitischen Cur unterworfen worden, hat vor 6 Tagen wieder geboren. Keinerlei Symptome einer syphilitischen Infection sind an ihr zu finden, auch das Kind weist noch kein Exanthem auf. — Dr. Schmauch: Der

Aufstellung des Axioms, dass die Placenta für das Syphilisgift durchgängig ist, muss ich entgegentreten. Bei Spätinfection der schwangeren Frau wird gewöhnlich ein gesundes Kind geboren; die Placenta ist also undurchlässig. Der Standpunkt des Geburtshelfers ist der, dass bei gesunder Empfängniss und späterer Erkrankung an Lues eine Infection des Kindes nur bei pathologischen Veränderungen der Placenta, Infarcten oder auch Traumen eintritt. Den Geburtshelfer interessirt die Sache besonders desshalb, weil an ihn häufig die Frage herantritt, ob man das gesunde oder das syphilitisch erkrankte Kind von der Amme oder von der Mutter nähren lassen soll. Die künstliche Ernährung wird uns in solchen Fällen alle üblen Erfahrungen ersparen. Nehmen wir eine allgemeine Durchlässigkeit der Placenta für Bacterien an, so müsste der Foetus bei jeder Infectionskrankheit absterben, dies ist aber nicht der Fall. — Dr. Maximilian Herzog: Ich muss nach meinen eigenen Erfahrungen die Fraenkel'schen Angaben über specifische Veränderungen an der Placenta bei Syphilis als nicht zutreffend bezeichnen. Bei primären und secundären syphilitischen Läsionen habe ich die Rieder'schen Beobachtungen über endophlebitische und endovasculäre obliterirende Processe bestätigen können. Aber an der Placenta habe ich bei Syphilis nichts Typisches gefunden, denn obliterirende Vorgänge an den Gefässen finden sogar bei normaler Entwickelung gegen das Ende der Schwangerschaft statt. Die Placenta ist allerdings gegen Microorganismen der bekannten Arten in der Regel undurchlässig, allein wenn wir den Vorgang der Uebertragung der Syphilis vom Vater auf das Kind ohne nachweisbare Syphilis der Mutter unter anscheinender Immunisirung der letzteren studiren wollen, so müssen wir erst versuchen, überhaupt von der Natur der Krankheit eine richtige Vorstellung zu erhalten. Schon seit Jahren war ich der Ansicht, dass die Syphilis durch ultramicroscopische Microorganismen eines noch unbekannten Typus hervorgerufen wird. Diese meine Ansicht ist früher belächelt worden, allein unsere Erkenntnisse der letzten Jahre haben uns gelehrt, dass es unzweifelhaft Krankheiten giebt, die durch solche Microorganismen hervorgerufen werden. Sie wissen, dass man Blut von Gelbfieberkranken durch Pasteur'sche Filter filtrirt und dadurch ein ganz bacterienfreies Substrat gewonnen hat, mit dem man wieder gelbes Fieber erzeugen konnte. Noch beweisender sind die Beobachtungen, welche Franzosen seit einer Reihe von Monaten in den Pasteur'schen Annalen über verschiedene Thierkrankheiten berichten: Es gelingt mittelst bacterienfreier Filtrate und des bacterienfreien Inhaltes von implantirten Collodionsäcken diese Thierkrankheiten, z. B. die Rinderpest, weiter zu übertragen. Stellen wir uns nur vor — und dies habe ich mir, wie gesagt, schon seit Jahren vorgestellt — dass die Syphilis durch einen ultramicroscopischen, äusserst kleinen Microorganismus hervorgerufen wird, so können wir verstehen, wie solche mit

einem einzigen Spermatozoon in das Ei kommen und sich bei der Entwickelung desselben im Embryo vermehren können. Von hier aus gelangen sie durch die Placenta in den mütterlichen Organismus, und zwar so allmählich und graduell, dass es nicht zu sichtbaren syphilitischen Erscheinungen, wohl aber zu einer Immunisirung der Mutter gegen Syphilis kommt. Während die Placenta allerdings Krankheitskeime von der Art des Tuberkelbacillus in der Regel nicht durchlässt, findet doch andererseits Uebertragung solcher Krankheiten wie Scharlach, Blattern etc. häufig statt. — Dr. A. Schalek (Schlussbemerkung): Bezüglich der Anfragen und Bemerkungen der Herren Dr. Liebertthal und Dr. Herzog über die placentaren Veränderungen in vererbter Syphilis muss ich sie auf Fraenkel's Arbeit verweisen, die ich citirt habe. Die Ansicht des Herrn Dr. Liebertthal, dass alle Mütter von syphilitischen Kindern selbst zu irgend einer Zeit direct inficirt wurden, scheint mir sehr unwahrscheinlich; es ist nicht anzunehmen, dass der Samen selbst infectiös wirkt, da wir wissen, dass physiologische Secretionen selten ansteckend sind, wenn sie nicht mit pathologischem Material vermischt sind; dass in einzelnen Fällen Syphilis der Mutter übersehen werden kann, ist möglich, aber sicherlich nicht die Regel. Der Fall des Herrn Dr. Memelsdorf beweist, dass die Mutter von syphilitischen Kindern ohne Behandlung später gesunde Kinder gebären kann und daher wahrscheinlich gesund ist; doch kann man aus diesem Falle noch keine bestimmten Schlüsse ziehen, da Manifestationen sich oft erst 3 Wochen nach der Geburt und später zeigen können. Herrn Dr. Schmauch möchte ich erwidern, dass die Durchlässigkeit der Placenta für infectiöse Stoffe häufig bei Variola beobachtet wurde, wo die Mutter und das neugeborene Kind die Krankheit hatten.

2. Dr. Emil Ries: *Referat über die Fliess'sche Behandlungsmethode der Dysmenorrhoe.*

Discussion. Dr. G. Schmauch: Ich möchte den Worten des Herrn Vortragenden einige eigene Beobachtungen hinzufügen. In der Berliner Universitäts-Frauenklinik ist die nasale Behandlung der Dysmenorrhoe seit etwa 2 Jahren im Ambulatorium durchgeführt worden. Als Assistent dieser Klinik hatte ich vielfach Gelegenheit, die Behandlung selbst auszuführen, und auch von Andern behandelte Fälle zu beobachten. Nicht jede Dysmenorrhoe ist auf diese Weise heilbar. Fliess und ein Theil der Gynäcologen bezeichnen die durch nasale Behandlung zu beeinflussende Dysmenorrhoe als nasale. Wir benützten eine 20proc. Cocainlösung und haben danach in einigen Fällen schwere Vergiftungserscheinungen beobachtet, wenn auch nicht letale. Auch Fälle von Dysmenorrhoea membranacea sind geheilt worden. Die Suggestion kann in einzelnen Fällen, wie auch Schiff von der Wiener Klinik und andere Untersucher von

der Leipziger Klinik gezeigt haben, ziemlich sicher ausgeschlossen werden. Wir haben in der genannten Anstalt damit auch einen eigenartigen Fall von Amenorrhoe mit vicariirender Menstruation (Hautblutungen) geheilt. Die Patientin bekam nach Aetzung der Genitalstellen ihre Periode wieder. Fliess geht noch viel weiter, indem er durch Cocainisirung der Nase die Geburtsschmerzen zum Theil auszuschalten behauptet. Nach ihm entspricht die linke Nasenhälfte der rechten Körperhälfte und umgekehrt. Auch diese Versuche sind an unserer Anstalt durchgeführt worden. Ich selbst habe jedoch das Cocain bei Kreissenden ohne Erfolg versucht. Bei den heftigen Cardialgien chlorotischer Mädchen will Fliess ebenfalls Veränderungen am Nasenboden und an der unteren Muschel aufgefunden haben und schlägt geradezu diesen Cocainversuch als diagnostisches Mittel vor, um sich vor Verwechslungen mit Gallen- oder Nierensteinkoliken zu schützen. Wie man sich diese Beeinflussung der Schmerzen von der Nase aus zu denken hat, ist eine noch viel umstrittene Frage; mir ist die Annahme einer Allgemeinwirkung des Cocains plausibler als die der Reflexneurose von Fliess und Schiff. — Dr. I. Holinger: Bezüglich des Einflusses der Cocainisirung gewisser Nasenpartien auf dysmenorrhoische Schmerzen kann ich mich nur auf *einen* unzweideutigen Fall besinnen und dort konnte ich Suggestion ziemlich sicher ausschliessen. Dass in einzelnen Fällen Suggestion mitspielt, mag wohl sein, aber dass man alle Resultate, die doch zum Theil mit viel Kritik berichtet sind, darauf zurückführt, ist kaum angängig. Was das Theoretische der Wirkung anbetrifft, so möchte ich folgenden Fall berichten: Einer Frau wurde die eine Nasenhälfte cocainisirt zum Zwecke der Cauterisation von Muschelhypertrophien. Bevor jedoch etwas Weiteres gethan werden konnte, klagte Patientin plötzlich über Geburtswehen und erklärte, sie sei im fünften Monate gravid. Trotz sofortiger horizontaler Lage und absoluter Ruhe hielten die Wehen über 1½ Stunden an und traten in dieser Zeit ziemlich regelmässig alle 7—10 Minuten auf. Suggestion ist hier wohl ausgeschlossen, dagegen war für mich das Eine klar, dass sehr enge Beziehungen zwischen der Nase und dem weiblichen Genitalapparat bestehen müssen. Von Wichtigkeit dürfte die Entscheidung folgender Fragen sein: 1. Sind ähnliche Wirkungen des Cocain, auf andere Schleimhautstellen oder subcutan applicirt, bekannt? 2. Sind ähnliche Wirkungen bekannt von anderen Medicamenten, welche local anästhesirend und anämisirend wirken, z. B. von Eucain oder Adrenalin und anderen Producten der Nebenniere? — Dr. G. Morgenthau: Obgleich ich in meiner rhinologischen Praxis natürlich schon sehr oft die Nasen dysmenorrhoischer Patientinnen cauterisirt habe, ist mir doch kein Fall erinnerlich, wo die Behandlung des Nasenleidens das andere Uebel günstig beeinflusst hätte. Da aber der Zusammenhang zwischen den oberen Luftwegen und den Geni-

talien von Alters her ja bekannt, lohnt es sich, der Sache in Zukunft mehr Aufmerksamkeit zu schenken. — Dr. S. Dahl: Betreffs der Nasenbehandlung der Dysmenorrhoe besitze ich keine persönlichen Erfahrungen, möchte aber bezüglich des engen Zusammenhangs, der zwischen Nase und Genitalapparat zu bestehen scheint, zwei Fälle erwähnen, wo bei völligem Fehlen von Uterus und Vagina regelmässig alle 4 Wochen vicariirendes Nasenbluten seit den Entwicklungsjahren bestanden hatte. Die Patientinnen waren, als ich sie sah, 24 respective 30 Jahre alt, soweit mir erinnerlich. — Dr. E. Ries hält es für nöthig, die Methode in einer grösseren Anzahl von Fällen durchzuprobiren, bevor wir zu einem abschliessenden Urtheil gelangen können. Er hofft, dass sich die Herren Collegen möglichst zahlreich an dieser Arbeit betheiligen werden.

3. In offener Sitzung berichtet Herr Dr. L. Maywit: *Ueber drei Fälle von gleichzeitigem Auftreten von Windpocken und Scharlach.* (Autoreferat.)

Am 18 Mai ds. Jhrs. wurde ich Abends zur Familie K. gerufen und fand, dass die Kinder Lilly K., 6½ Jahre alt, und Joseph K., 2½ Jahre alt, an Scharlach litten. Erstere hatte ausserdem seit etwa 5 Tagen die Windpocken, welche schon im Verschwinden begriffen waren; ich konnte jedoch noch einzelne Bläschen im Desiccationsstadium auf Oberlippe, Rücken und Unterleib erkennen. Am Abend vorher hatte sie hohes Fieber gehabt, und am folgenden Morgen war der Scharlachausschlag herausgekommen. Scharlachangina. Fieber 103° F. Scharlachexanthem auf Rücken und Brust gut entwickelt, auch auf Stirn und Wangen beginnend; um den Mund herum frei und characteristisch bleich; einige Krüstchen, von den Windpocken herrührend.

Joseph K. hatte seit Nachmittag hohes Fieber und Erbrechen, Pharynx stark geröthet. Am nächsten Morgen kam auch bei ihm das Scharlachexanthem zum Vorschein, aber nicht so typisch als bei Lilly. Vier Tage darauf erkrankte ein drittes Kind der Familie, Lena K., 5 Jahre alt, an Scharlach. Sämmtliche 3 Scharlachfälle verliefen sehr mild. Das Fieber und die Angina hörten in allen 3 Fällen 4—5 Tage nach der Eruption allmählich auf. Nur bei Joseph K. hielt die Albuminurie bis zur fünften Woche persistent an, während bei Lilly und Lena nur Spuren von Eiweiss im Harn waren und nur so lange das Fieberstadium andauerte. Noch war die Desquamation nicht vollendet, als am 3. Juni Lena und Joseph an den Windpocken erkrankten; diese waren bei beiden Kindern typisch entwickelt, bei Joseph aber nur auf etwa 1½ Dutzend Bläschen beschränkt, bei Lena dagegen sehr zahlreich verbreitet — auch auf den Schleimhäuten, wie oberen Gaumen und Introitus vaginae. Beide hatten nur ein mildes Fieber (101° F.), welches nach 2 Tagen verschwand. Bei Lena trat am

zweiten Tage auf der Höhe der Eruption eine heftige Diarrhoe auf, welche jedoch einer symptomatischen Behandlung wich. Bei Joseph war die Albuminurie während des Windpockenstadiums vermehrt.

Aus diesen 3 Fällen lassen sich folgende Schlüsse ziehen:

Scharlach und Windpocken können zu gleicher Zeit auftreten.

Keine dieser Krankheiten schützt vor der andern, denn in dem einen Falle folgte Scharlach auf Windpocken, in den beiden anderen Fällen Windpocken auf Scharlach.

Dass sie von verschiedenen Bacterien resp. Contagien verursacht werden, versteht sich von selbst.

Dr. L. H. Abele, Schriftführer.

Sitzung vom Donnerstag, den 7. Nov. 1902 im Hotel Bismarck.

Vorsitzender: Dr. Karl Doepfner.

1. Dr. Charles Spencer Williamson stellt folgende fünf Fälle vor:

Fall 1: *Endocarditis acuta; Chorea recurrens.* Das Bemerkenswerthe an diesem Fall ist die Thatsache, dass er von einem bekannten Nervenarzt als Chorea hysterica angesehen wurde. Die Endocarditis stellte sich erst nach dem vierten Recidiv ein. In Rücksicht auf die Anamnese und auf diese sichergestellte Complication, ist die Diagnose wohl jetzt mit Sicherheit auf Chorea minor zu stellen.

Fall 2: *Endocarditis acuta; Anaemia simplex secundaria,* grad. max. Der Fall ist interessant aus 2 Gründen: erstens, weil sich keine Ursache für die Endocarditis finden lässt. Das Kind ist 16 Jahre alt und hat niemals irgend eine Infectionskrankheit durchgemacht, abgesehen von Masern in frühester Kindheit. Das Mädchen steht jetzt einige Monate in Beobachtung; die Dilatation und Hypertrophie des linken Ventrikels nimmt fortwährend zu; Fieber noch bis 103° F. Da kein aetiologisches Moment aufzufinden ist, muss der Fall als idiopathisch oder richtiger als cryptogenetisch bezeichnet werden. Zweitens ist die colossale Anaemie bemerkenswerth; Haemoglobingehalt 20—22 Procent, nach 4 Methoden gemessen, rothe Blutkörperchen 2,400,000; es besteht leichte Leucocytose; die relativen Zahlen der verschiedenen Arten von Leucocyten zeigen nichts Abnormes.

Fall 3: *Lues cerebri.* Es handelt sich um eine ganz typische und reine, gekreuzte Lähmung des rechten Abducens und des linken Armes und linken Beines. Die Infection fand vor ungefähr 18 Jahren statt. Der genauere Sitz der Läsion ist im hinteren Theile des Pons zu suchen.

Fall 4: *Achylia gastrica.* Es besteht vollständige Abwesenheit von Salzsäure, Pepsin und Pepsinogen, sowohl nach dem Probefrühstück, als auch nach verschiedenen Probemahlzeiten,

wie wiederholt festgestellt wurde. Nach Einführung einer 0.2-proc. Salzsäurelösung mittels einer Sonde und nach viertelstündigem Verbleiben derselben im Magen, konnte weder Pepsin noch Pepsinogen in der Magenflüssigkeit gefunden werden. Die Frau ist hochgradig hysterisch und es ist höchstwahrscheinlich, dass es sich um eine wahre Achylia gastrica nervosa handelt.

Fall 5: *Atrophia musculorum progressiva; Typus Charcot-Marie.* Der Fall ist deshalb höchst interessant, weil seit vielen Jahren ein Stillstand besteht. Im Anfang war das Fortschreiten der Krankheit ein schnelles, aber seit ungefähr 1874 oder 1875 ist ein Stillstand eingetreten. Der Fall wird in extenso veröffentlicht werden.

2. Dr. Geo. Thilo: *Ein Rubber-Button für die Entero-Anastomose.*

Der Vortragende erläutert an einer historischen Skizze den Jahrhunderte währenden Wettstreit zwischen der Naht und den mechanischen Vorrichtungen zur Herstellung einer Darm-Anastomose, in welchem das Schlusswort noch nicht gesprochen ist, sondern vielmehr eine geschlossene Parteistellung der Chirurgen besteht. Das Problem, das dieser Operation zu Grunde liegt, ist der luft- und wasserdichte Abschluss der Darmhöhle ohne Schädigung der Ernährung des Darmes oder Entwicklung einer Stenose. In der Theorie erfüllt der Murphy-Button diese Bedingungen weit vollkommener als die doppelseitige Naht mit Invagination; in der Praxis hat er aber vielfach zu allerlei Unfällen geführt, die durch zuverlässige Literaturberichte hinreichend verbürgt sind.

Der Vortragende betrachtet als den grössten Fehler des Murphy-Button seine Metallhärte und den uncontrollirbaren Druck im Button. Der Erfinder selbst hat durch eine Feder diesen Druck zu reguliren gesucht. Der Raum jedoch, in welchen der vielfältig zusammengefaltete Darm, das Mesenterium, die Nähte und die Verknotung derselben zusammengepresst werden, ist so knapp bemessen, dass die Unebenheiten nur durch einen forcirten Druck ausgeglichen werden können. Dadurch wird die Wirksamkeit der Feder vollständig illusorisch und ein zu frühzeitiges Durchpressen des Darmes ist die Folge.

Der demonstrirte Rubber-Button besteht aus zwei weichen Gummiringen, die durch ein dünnhäutiges, sehr elastisches Gummirohr unter Druckwirkung zusammengehalten werden. Der Verschluss wird durch zwei geleimte Ringe aus Bindfaden bewirkt, die in den Enden des Gummirohres wasserdicht eincementirt sind und den Gummiringen äusserlich aufliegen.

Das Originelle dieser Modification ist erstens: das weiche elastische Material, das durch Druck und Spannung an einem temporär gehärteten Material einen festen Halt und eine solide Form gewinnt; zweitens der nach Wochen zuverlässige Zerfall

des Button in Theile, die als für den Darm absolut unschädlich zu betrachten sind.

Die Vorzüge des Instruments sind:

1. Das Material; 2. das ¾ Zoll weite Lumen; 3. das geringe Gewicht; 4. der genau controllirbare Druck der Gummiringe; 5. die glatte Apposition der Darmenden, deren Nähte mit dem gefalteten Darme innerhalb der Gummiringe zu liegen kommen; 6. der Zerfall des Button in Theile, die in Darme absolut unschädlich sind.

Die Application des Button bedarf gewisser Handgriffe, die die Operation wesentlich erleichtern.

Die Darmränder werden seitlich aneinander gelegt, an der üblichen circulären Naht im Abstande von einem Zoll zwischen zwei Forceps fest geklemmt und von einem Assistenten gespannt. Der Button wird vom Operateur zwischen Zeigefinger und Daumen jederseits erfasst und mit dem zum Klaffen gebrachten Spalt über die Darmränder gestülpt. Die Forceps werden entfernt, der Button selbst wird von unten her zwischen Zeigefinger und Daumen gehalten, und der freie Rand des Darmes mit einem „Kocher" über den Rand des Button herüber gehebelt. Während nun der Operateur den Spalt des Buttons zum Klaffen bringt (mittels eines „Kocher"), zieht der Assistent die circulären Seidenfäden an und die Operation ist vollendet.

Der Button hat sich in 6 Operationsfällen vollkommen bewährt, obwohl die Endresultate der schweren Complicationen wegen nicht gut waren.

Ein Patient, Schusswunde mit 14 Perforationen des Darmes, starb am 6. Tage an Peritonitis und zwei angelegte Buttons wurden bei der Section in situ gefunden. In den übrigen 5 Fällen ging der Button zwischen dem 7. und 14. Tage noch vollkommen unverändert ab, ohne dass in der Folge irgend welche Störungen in der Darmanastomose aufgetreten wären.

Der zweite Patient, strangulirte Hernie, 18 Jahre alt, mit chronischer Bronchitis behaftet, starb am 21. Tage an Pneumonie. Der dritte, Stichwunde mit 6 Perforationen des Darmes, starb am 20. Tage, nachdem im Anschluss an eine zweite Operation durch Verunreinigung mit Urin eine allgemeine Gangraen des Darmes eingetreten war. Der vierte, strangulirte Hernie, starb an einem Empyem der Gallenblase, das eine zweite Operation nothwendig machte, am 16. Tage.

Zwei Patienten, gangraenöse Hernien, in welchen 3 Fuss Darm resecirt wurden, erfreuen sich nach 9, beziehungsweise 20 Monaten, der besten Gesundheit.

Dr. A. F. Ochsner: Das geistreich erdachte Instrument, welches uns Herr Dr. Thilo demonstrirt hat, besitzt unstreitbar eine Anzahl Vorzüge, die unser Interesse zu fesseln verdienen. Im Allgemeinen beruht jedoch die Verwendung von mechanischen Hülfsmitteln in der Magendarm-Chirurgie darauf, dass

man sich vor Jahren vorstellte, die schlechten Resultate in diesen chirurgischen Eingriffen seien der langen Operationsdauer, welche die Nath erfordert, zuzuschreiben. Aus diesem Grunde suchte man nach schnelleren Methoden. Infolge der grösseren Erfahrung der letzten Jahre wissen wir jedoch, dass dies nicht zutrifft. Die Patienten gehen vielmehr desshalb zu Grunde, weil sie zur Zeit der Operation in einem Zustande sind, in dem eben eine Rettung nicht mehr möglich ist.

Dies ist ganz besonders dann der Fall, wenn Patienten mit Magen- oder Darm-Verletzungen verhältnissmässig spät zur Operation kommen. Bei gangraenösen Hernien gehen die Kranken nicht zu Grunde, weil diese oder jene Methode ein wenig mehr Zeit beansprucht, sondern weil die Anastamose in einem Theile des Darmes vollzogen wird, in dem die Blutgefässe schwer geschädigt sind. Es ist dabei immer das obere Darmende, welches nach der Operation perforirt. Wird die Anastamose weit oberhalb des eingeklemmten Theiles in völlig gesundem Darm vollzogen, so wird die Mortalität dadurch sehr herabgesetzt, ohne Unterschied auf welche Weise die Darmenden vereinigt worden sind. Diejenigen Fälle, in denen schon vor der Operation eine schwere Peritonitis besteht, werden durch den chirurgischen Eingriff in keiner Weise beeinflusst.

In der Gastro-Enterostomie hängt der Erfolg davon ab, dass die Vereinigung am tiefsten Theile des Magens geschieht und dass, um jede Spannung zu vermeiden, eine Stelle im Jejunum gewählt wird, welche wenigstens dreissig bis vierzig Centimeter entfernt ist von der Stelle, wo der Dünndarm unter dem Colon transversum hervortritt. Ich mache diese Operation am liebsten mit dem Murphy-Knopf, weil dadurch sehr wenig Narbengewebe entsteht, aber ich bin überzeugt, dass der Erfolg nicht allein auf der Verwendung des Knopfes beruht.

In Fällen von Pylorusresection und bei Resectionen des Dickdarms gingen früher viele Patienten dadurch zu Grunde, dass man versuchte, eine Anastamose herzustellen in Theilen, welche nicht mit Peritoneum bedeckt sind. Die Erfahrung hat aber gelehrt, dass es unter diesen Verhältnissen äusserst leicht zu einer Perforation kommt. Um diese zu verhüten, wird nun nach der Excision des Pylorus sowohl das Duodenum als auch das pylorische Ende des Magens geschlossen und dann eine Anastamose zwischen dem tiefsten Theile des Magens und dem Jejunum angelegt.

Bei Resectionen des Dickdarms werden beide Enden erst geschlossen und dann seitlich vereinigt.

Bei Resection des Coecums im Zusammenhang mit der Ileocoecalklappe wird das Ende des Colons geschlossen und das Ileum seitlich eingepflanzt. Auf diese Weise werden immer Theile vereinigt, welche mit Peritoneum bedeckt sind.

In allen diesen Operationen sind Umstände für den Erfolg

verantwortlich, die nicht von der Methode der Vereinigung selbst abhängig sind.

Wenn man diese Erfahrungen stets im Auge behält, so kann man, meines Erachtens, oft mechanische Mittel mit Vortheil verwerthen, und der Thilo'sche Knopf scheint ja verschiedene, ganz besonders werthvolle Eigenschaften zu besitzen.

Dr. Carl Beck: Ich glaube, dass dem Thilo'schen Knopfe dieselben Mängel anhaften, die auch der Frank'sche Knopf besitzt, nämlich, dass die Kraft, welche die beiden Darmenden zusammenhalten soll, auf Gummielasticität beruht, eine Kraft, die nie so verlässlich ist, wie eine Metallfeder. Ein Vorzug des Thilo'schen Knopfes ist das weite Lumen desselben. Im allgemeinen wird die Verwendung von Knöpfen jetzt immer mehr eingeschränkt, weil man gelernt hat, die Naht rasch und sicher auszuführen. Die Fälle des Herrn Dr. Thilo sind leider alle zu schwere, und ausserdem ist eine Statistik, die nicht auf einer grossen Anzahl genau beobachteter Fälle verschiedener Operateure beruht, nicht absolut zuverlässig. Im Uebrigen gilt auch hier der Satz: Worauf man eingeübt ist, darin hat man den besten Erfolg.

Dr. Geo. Thilo ist der Ansicht, dass die wesentlichen Vorzüge seines Instruments kaum genügend in Erwägung gezogen wurden. Er besteht darauf, dass Gummi nach seinen Erfahrungen ein vorzügliches Material für den Button darstellt, was jeder bestätigen müsse, der mit Gummihandschuhen operire; halten diese doch für ein Dutzend Operationen vor trotz des häufigen Kochens! Er besteht ferner darauf, dass eine correcte, schlussfähige Naht eines dilatirten und contrahirten Darmendes erhebliche Schwierigkeiten darbieten kann. Die gegentheilige Behauptung mancher Chirurgen stände in wunderlichem Gegensatze zu dem Eifer, mit welchen diese die complicirtesten Instrumente erfinden oder in Anwendung bringen, um sich die Naht zu erleichtern.

3. Dr. Gustav Schirmer: *Ueber Heilung der chron. Nephritis durch Operation.* (Vortrag erscheint in ds. Monatsschrift als Originalartikel.)

Discussion. Dr. Emil Ries hat 4 mal bei Nephritis operirt, einmal vor 4½ Jahren bei Haematurie und Schmerzen, einmal vor 2 Jahren bei Haematurie, zweimal während des letzten Jahres bei vorgeschrittener Retinitis albuminurica. Die unmittelbaren Erfolge der Abcapselung der Niere sind erstaunlich gut. Die Dauererfolge sind weniger zufriedenstellend. In Anbetracht der Machtlosigkeit der internen Therapie und der Resultate ist der Standpunkt des kritischen Experimentators gerechtfertigt und die Operation zulässig. — Dr. Carl Beck: Der Schwerpunkt des Vortrages des Herrn Dr. Schirmer scheint mir in dem ganz gewiss berechtigten Vorwurf zu liegen, dass oft ohne

genaue Untersuchung, ohne Diagnose operirt, und, was noch mehr zu tadeln ist, publicirt wird. Vielfach wird der falsche Schluss: „Post hoc ergo propter hoc" angewendet, und die schädlichen Folgen sind die, dass ungeübte Diagnostiker die empfohlenen Operationen ausführen und dadurch das Körnchen Wahrheit, das in dem Vorgehen liegt, in Miscredit und falschen Verdacht bringen. Die neue Untersuchungsmethode mit dem Cryoscop habe ich in Hamburg bei Kuemmel kennen gelernt und ich konnte mich überzeugen, wie einfach sie ist und welch zuverlässige Resultate durch sie erzielt werden können. — Dr. H. Gradle berichtet über einen Fall von Retinitis, verursacht durch chronische Nierenentzündung, in dem Dr. E. Ries beiderseitig die Nierencapsel spaltete und zurückstreifte. Nach dieser Operation besserte sich das allgemeine Wohlbefinden und die Harnmenge vermehrte sich bedeutend und dauernd. Das Sehvermögen stieg von Fingerzählen in 5 Fuss Entfernung auf 20 90, während die Entzündungserscheinungen im Augengrund zurückgingen. Seit einigen Tagen scheint aber wieder allgemein sowohl wie in den Augen eine Verschlimmerung einzutreten. Die Beobachtungsdauer von nur zwei Monaten ist eine viel zu kurze, um etwaige bestimmte Schlussfolgerungen zu gestatten. — Dr. Karl Doepfner: Das Beste, was bezüglich der operativen Behandlung der Nephritis erschienen ist, stammt unbedingt von Rovsing, Lennander und Kuemmel. Von diesen drei Autoren werden allerdings die Forderungen der inneren Mediciner, dass nämlich genau untersucht werden solle, in hohem Maasse erfüllt, was man weder von Edebohls, Reginald Harrison, ja nicht einmal von James Israel behaupten kann. Folgende Untersuchungsmethoden wären demnach anzuwenden:

1. Der Urin muss durch Catheter, d. h. steril aufgefangen und sofort bacteriologisch vermittelst Cultur untersucht werden, nachdem man sich natürlich schon vorher über Tagesmenge, Chemismus etc. informirt hat.

2. Die Cystoscopie soll feststellen, ob die Blase erkrankt ist oder nicht.

3. Der Harnleitercatheterismus soll Aufklärung verschaffen, ob beide Nieren erkrankt sind oder nur eine und welche. Man wird wiederum genaue bacteriologische und chemische Untersuchungen des so gesonderten Harnes zu machen haben.

4. Gefrierpunktsbestimmung des Blutes und des Urins.

5. Physiologisch-chemische Untersuchung des Urins beider Nieren getrennt, aber zur gleichen Zeit aufgefangen. Die Function *physiologisch* arbeitender Nieren ist zu gleichen Zeiten stets die gleiche, verglichen linke mit rechter Niere. (Casper, Richter, Straus.)

Es ist leider zu bemerken, dass man alle diese Untersuchungen

bei Kindern bis jetzt noch nicht machen kann, wesshalb doppelte Vorsicht in der Diagnose nöthig ist.

Gestützt auf solche Untersuchungen kam dann Rovsing dazu, die Nephritiden einzutheilen in:

1. einseitige und doppelseitige;
2. acute und chronische;
3. aseptische und septische; unter diesen zerfallen die septischen wieder in urinogene oder ascendirende und in haematogene oder descendirende Nephritiden.

Welche von diesen Nierenentzündungen von einem chirurgischen Eingriff günstig beeinflusst werden können, ist vorderhand nicht ausgemacht, wenn wir absehen von der Nierentuberculose und den ausgesprochenen Abscessnieren. Am meisten Aussicht auf Erfolg wird man haben bei Nephritiden mit starken Schmerzen. Diese Schmerzen haben offenbar ihren Sitz in der Nierencapsel, die von den untersten Intercostales und wohl auch vom Lumbalplexus Nervenzweige erhält. Ein Flüssigkeitserguss (Haematom) zwischen Niere und Capsel kann diese Schmerzen hervorrufen; meistens aber sind es bindegewebige Verwachsungen zwischen Nierenrinde und Capsula fibrosa, welche in Rovsing's Fällen die Schmerzen verursachten. Dass nun hier eine Nephrolysis, wie Rovsing diese Operation bezeichnet, oder eine Decapsulirung, wie Edebohls sie nennt, einen wohlthätigen Einfluss haben kann, ist leicht zu verstehen. Ebenso kann man sich vorstellen, dass eine durch acute oder chronische Entzündungen geschwellte Niere durch die Nephrolysis eine bessere Circulation erhält. Ob diese bessere Circulation nun aber wirklich im Stande ist, die chronische Nephritis dauernd zu beseitigen, das ist noch keineswegs bewiesen. Es ist sehr zu bedauern, dass Edebohl's Untersuchungen so wenig genau von ihm veröffentlicht wurden. Dadurch schadet er der an und für sich guten Sache. Man sollte unbedingt exact wissenschaftlich vorgehen, wenn man sich auf ein neues operatives Gebiet wagt, sonst steht zu befürchten, dass die lucrative Chirurgie der wissenschaftlichen den Credit untergräbt.

Dr. Gustav Schirmer: Der Gefrierapparat, von einem Chemiker erfunden, hat in der Chemie staunenswerthe Resultate geliefert. Sein Gebrauch in der Medicin wird nur dann von Vortheil sein, wenn der Arzt sich mit den Errungenschaften der Chemiker vertraut gemacht hat. Gerade die Bestimmung der Nierenfunctionstüchtigkeit wird das Gebiet der räthselhaften sympathischen Nierenerkrankungen klären. Die oben angeführten Methoden werden die Nierenchirurgie sicherer und die Heilerfolge discussionsfähig machen.

Dr. L. H. Abele, Schriftführer.

Therapeutische und klinische Notizen.

— *Vioform als Ersatzmittel für Jodoform.* Ueber das Vioform, das sich in Deutschland bereits einer grossen Beliebtheit erfreut, veröffentlicht James Eddy Blake eine sehr interessante Arbeit (Vioform: Researches concerning its properties with especial preference to its possible use as a substitute for iodoform in the treatment of tubercular joints. Brooklyn Medical Journal, 1902, No. 10.) Während die Vorzüge des Vioforms als Wundstreupulver zur Behandlung offener Wunden etc. schon in überzeugender Weise nachgewiesen worden waren, war noch die Frage unerledigt geblieben, wie sich das Vioform bei der Injection in tuberculöse Gelenke bewähren würde. B. stellte nun unter Leitung Schede's in Bonn eine Reihe dahin zielender Thierversuche an, über die er in eingehender Weise berichtet. Aus diesen Versuchen nun ergab sich, dass Vioform als Emulsion subcutan injicirt beträchtlich toxischer wirkt als in Form von Pulver verwandt. Die Resorption geht nur sehr langsam vor sich und, falls die injicirte Quantität nicht zu gross war, kann eine chronische Intoxication die Folge sein, die so lange anhält, bis entweder Eincapselung oder Entleerung des injicirten Vioforms stattfindet. Nach B. war es des öftern gerade zu überraschend, zu beobachten, wie das Versuchsthier nach Ausräumung der das Vioform enthaltenden Abscesshöhle sich plötzlich erholte.

Betreffs des Werthes und der Verwendbarkeit des Vioforms kommt B. demnach zu folgenden Schlüssen: Es ist wahrscheinlich, dass wegen seiner Unlöslichkeit und Beständigkeit das Vioformpulver sowohl wie seine Zersetzungsproducte so gut wie nicht resorbirt werden, auch nicht bei reichlicher Anwendung, insofern nur ein freier Abfluss der Secret gesichert ist. Sollte dennoch eine Resorption stattfinden, so ist dieselbe zu unbedeutend, um einen toxischen Effect ausüben zu können. Wird jedoch das Vioform in eine geschlossene Höhle eingeführt, aus welcher keine Ableitung stattfindet, so giebt es nicht nur Anlass zu Abscessbildung, sondern auch zu toxischen Erscheinungen, welche wochenlang anhalten können. Dadurch erweist sich das Vioform vollkommen ungeeignet zu Injectionszwecken. Dieser Nachtheil wird jedoch reichlich aufgewogen durch die Eigenschaft desselben, so gut wie nicht resorbirt zu werden und daher so gut wie ungiftig zu sein, welche gestattet, das Pulver in fast unbeschränkter Quantität bei frischen Wunden und alten Wundhöhlen zu verwenden, wenn letztere nur mit der Oberfläche communiciren. Das Vioform besitzt stärkere antiseptische Eigenschaften wie das Jodoform und ist frei von dessen widerlichem Geruch. B. ist daher der Ansicht, dass wir im Vioform das lange gesuchte ideale Jodoformersatzmittel gefunden haben.

— *Die Wirkung der kalten „Eisenstrahlen" der Dermo-Lampe.* E. Below in Berlin hat mit der Dermo-Lampe, bei welcher durch Eisenelectroden ein an ultravioletten Strahlen sehr reiches Licht erzeugt wird, Versuche angestellt, um zu prüfen: 1. wie tief die Wirkung dieser Strahlen auf menschliches oder thierisches (auch pflanzliches) lebendes, ge-

sundes Gewebe ist; 2. wodurch die Wirkung der ultravioletten Strahlen event. verhindert oder verzögert wird; 3. wie die Wirkung der ultravioletten Strahlen auf Bacterien ist; 4. welche Anwendungsweise der Strahlen für die Therapie daraus hervorgeht. — Die ursprüngliche Construction der Dermo-Lampe hat insofern Veranderungen erfahren, als die Wasserspülung selbstregulirbar gemacht wurde und der „Drücker" hinzukam, ein mit Handgriff versehenes Crystall zum Abpressen der Blutcirculation von der bestrahlten Stelle; das früher diffuse Licht ist ferner durch eine Concentrationslinse auf einen stecknadelkopfgrossen Focus concentrirt. Mit dieser Lampe stellte B., was die Tiefenwirkung betrifft, vorläufig fest, dass in 3—5 Minuten, bei 5 Amp. und 40 Volt, 37 Grad C., die Cutis in ganzer Dicke infiltrirt wird und an der Epidermis Eintrocknungserscheinungen auftreten. Hinsichtlich der zweiten Frage ergeben Versuche mit dem Hertz'schen Actinoscop, dass die ultravioletten Strahlen durch Glas, Gelatine und lebendes, blutdurchströmtes Gewebe absorbirt werden. Dagegen wurde, wie bacteriologische Versuche ergaben, die bactericide Kraft der Strahlen trotz Einschaltung der absorbirenden Medien nicht beeinträchtigt. Daraus folgert B., dass die entwicklungshemmende Wirkung der Dermo-Strahlen anderen chemischen Strahlen als den ultravioletten zugeschrieben werden müsse, die ausserdem noch von den wasserumspülten Eisenelectroden ausgehen. B. warnt ferner vor verfrühter Classification der Lichtstrahlen. Aus den Versuchen über die bactericide Kraft der Dermo-Strahlen, welche B. zusammen mit Aufrecht ausführte, ist zu entnehmen, dass Gonococcen in zwei, Anthraxbacillen in drei, Streptococcus pyogenes in drei, Staphylococcen in sechs Minuten abgetödtet werden. Das Anwendungsgebiet der Dermo-Lampe bilden vorzugsweise die Hautkrankheiten, speciell diejenigen parasitären Ursprungs; doch ist auch die Einführung der Strahlen in die Körperhöhlen nicht ausgeschlossen. (Allgem. med. Centralztg., 1902 No. 19 und 20, ref. Monatsh. für pract. Dermatologie, Bd. 35, No. 7.)

— *Ueber die Anwendung von Cuprum citricum bei Trachom* berichtet v. Arlt. Das Mittel wurde 1832 von Gay-Lussac in Liebig's Laboratorium dargestellt. Es giebt ein grünes, sehr leichtes Pulver von 35,2 Procent Kupfergehalt und der Formel $Cu_2C_6H_4O_7 + 2\frac{1}{2}\,H_2O$. Am besten findet v. Arlt folgende Anwendungsweise: Ein Tropfen der türkisblauen Salbe (5—10 Procent Salbe mit Ung. glycerinicum Amyl. 10,0) wird mittels geknöpften Glasstäbchens in den Bindehautsack eingelegt, die Lider geschlossen, dann etwa eine halbe Minute massirt. Dieser Behandlungsmethode rühmt v. Arlt folgende Vorzüge nach: 1. können sich die Trachompatienten selbst behandeln; 2. verursacht die Anwendung dieser Salbe (Rp. 5 Procent oder 10 Procent Ung. cuprocitroli oder Rp. Cuprocitrol 0,5 zu Ung. glycerinicum Amyl. 10,0) keine Schmerzen; das Auge ist nach der Behandlung ganz reizlos und können die Patienten ihrem Beruf nachgehen; 3. für Fälle mit starker Secretion empfiehlt es sich zunächst, Argentumpräparate und dann erst die Cuprocitrolsalbe anzuwenden, es nehmen dann die Secretion und die Körnerbildung ab; Pannus trachomatosus hellt sich auf. Freilich führt auch die Cuprocitrolbehandlung nicht früher zum Ziele als alle anderen nicht operativen Behandlungs-

methoden. (Hirschberg's Centralbl. für pract. Augenheilkunde, 1902 No. 3, ref. Wiener allgem. med. Zeitung, 1902 No. 41.)

— *Antitussin zur Behandlung des Keuchhustens* empfiehlt J. W. Frieser in Wien. Antitussin ist ein organisches Fluorpräparat, ein Salbenkorper, der aus 5 Theilen Difluordiphenyl, 10 Theilen Vaselin und 80 Theilen chemisch reinem Wollfett besteht. Das Antitussin kommt nur äusserlich in Form von Einreibungen auf die Haut in Gebrauch, und zwar der Art, wie dies bei der Inunctionscur mit grauer Salbe geschieht. Die Salbe, die sehr geschmeidig ist und sich sehr gut in die Haut einreiben lässt, wird kraftig, etwa nach Art einer Massage, an gewissen Hautpartien, insbesondere am Halse, im Intrascapularraume und auf der Brust vorne und seitlich eingerieben, und zwar so lange, bis man den Eindruck gewonnen hat, dass thatsachlich das ganze Salbenquantum in die Haut eingedrungen ist. Die so zu behandelnden Hautpartien müssen vorerst mit warmem Wasser und Seife gründlich gereinigt und sorgfältig abgetrocknet werden, worauf das zu verbrauchende Salbenquantum, etwa ein hasselnuss- bis wallnussgrosses Stück je nach dem Alter des Kindes, gleichmässig vertheilt und energisch eingerieben wird.

F. scheint es nach den Ergebnissen seiner eigenen Versuche sowohl wie derer von anderen Beobachtern zweifellos, dass die Behandlung des Keuchhustens mit Antitussin weit verlässlichere, mitunter ganz eclatante Heilresultate ergiebt als die mit allen sonst gebräuchlichen Mitteln. Der Erfolg der Antitussinbehandlung war in F.'s Fällen zumeist ein sehr befriedigender, oft ganz augenscheinlicher, und er konnte fast jedesmal die Beobachtung machen, dass schon nach wenigen Einreibungen sowohl die Intensität, als die Frequenz der Anfälle ganz wesentlich eingeschränkt erschienen und die Kranken bei fortschreitender Bsserung des Allgemeinbefindens und unter raschem Zurückgehen der Krankheitserscheinungen in verhältnissmässig kurzer Zeit von der Krankheit genesen sind, wobei noch besonders von F. hervorgehoben wird, dass in keinem Falle Complicationen irgend einer Art in Erscheinung traten. Irgend welche nachtheilige Nebenerscheinungen waren niemals zu constatiren, und auch bei sehr jungen Kindern und Säuglingen war in keinem Falle ein nachtheiliger Einfluss zu beobachten. In Anbetracht der bisherigen mit Antitussin erzielten sehr günstigen Resultate giebt F. der Ueberzeugung Raum, dass das Antitussin unter allen bisher vielfach versuchten Mitteln gegen Keuchhusten eine ganz besondere Beachtung verdient und als ein überaus verlässlicher und verwendbarer Heilbehelf allen anderen bisherigen Heilmethoden vorangestellt werden muss. Es ist zu erwarten, dass dieses Heilverfahren sich sehr bald in der Therapie des Keuchhustens allgemeinere Werthschätzung erwerben wird. (Prager med. Wochenschr., 1902 No. 7.)

— *Ueber den Werth von Gude's Pepto-Mangan bei Anaemie* berichten Enrique Diago und Jose F. Benitez in Havana (Progresso Medico, Havana, April 1902). Nach den genannten Autoren ist auf Cuba Anaemie eine der häufigsten Erkrankungen, und während die gewöhnlichen Eisenpräparate so ziemlich Alles leisten, was man von ihnen

verlangen kann, haben dieselben doch den grossen Nachtheil, dass sie Constipation hervorrufen. Um diesen Uebelstand zu vermeiden, begannen die Verf., alle in dem Hospital No. 1 in Havana vorkommenden Anaemiefälle mit Gude's Pepto-Mangan zu behandeln, und der Erfolg übertraf ihre Erwartungen sowohl hinsichtlich der Beeinflussung der Anaemie als auch betreffs der nicht verstopfenden Wirkung des Mittels, das ausserdem von den Patienten sehr gut vertragen wurde. D. und B. stehen daher auch nicht an, Gude's Pepto-Mangan als das beste Eisenpräparat, das ihnen bekannt sei, zu erklären und empfehlen dasselbe den Collegen, besonders auf Cuba, als ein Mittel, das alle Vortheile und keine Nachtheile der sonst gebräuchlichen Eisenpräparate besitzt. Sie betonen am Schlusse ihrer interessanten Arbeit noch ausdrücklich, dass Gude's Pepto-Mangan sehr gut schmeckt und von allen Patienten, gleichviel welchen Alters und mit noch so schwacher Verdauungsthätigkeit gerne genommen wird.

— *Creosotal bei Croup.* Die ausgezeichneten Erfolge, die mit Creosotal bei acuten und chronischen Erkrankungen der Respirationsorgane erzielt wurden, veranlassten L. Lazansky, das Mittel bei Croup zu versuchen. Er theilt nun einen Fall von Croup mit, der zwei Tage mit allen möglichen Mitteln, mit Emeticis, Expectorantien, Inhalationen, Einreibungen mit grauer Salbe, Umschlägen etc. behandelt worden war, jedoch ohne jeglichen Nutzen. Das Kind blieb heisser, kurzathmig, und am dritten Tage stellte sich Fieber von 102.2 Grad ein. Ueber der Lunge wurden Rasselgeräusche wahrnehmbar. Die Eltern fürchteten schon, auch das zweite Kind wie das erste an Croup zu verlieren. Gestützt auf seine Erfahrungen nun mit Creosotal bei Lungenentzündung entschloss sich L., ehe er zur Tracheotomie schreiten wollte, zur innerlichen Darreichung von Creosotal. Am folgenden Morgen war das Kind fieberlos, athmete ruhig und regelmässig, die Geräusche über der Lunge waren verschwunden. Zwei Tage später konnte das Kind als geheilt angesehen werden. In diesem Falle hatte also das Creosotal nicht nur das Eintreten einer complicirenden Pneumonie verhindert, sondern auch den Croup beseitigt, und zwar sozusagen über Nacht und ohne Operation. L. hat dann noch in zwei weiteren fieberhaften Croupfällen das Creosotal mit dem gleichen günstigen Resultat angewandt.

L. verordnet nunmehr auch das Creosotal bei Pseudocroup, Masern und Keuchhusten, und ist mit den dabei erzielten Erfolgen äusserst zufrieden. Er beginnt gewöhnlich so bald wie möglich mit den höchsten Dosen, durch welche der characteristische Creosotalgeruch in der Athmungsluft hervorgerufen wird. Nachdem Entfieberung eingetreten ist, wird, um einem Rückfall vorzubeugen, mit kleineren Gaben noch einige Tage fortgefahren. L. verordnet für Kinder von 5—10 Jahren:

Rp. Infus. rad. Ipecac.	40,0—100,0
Liq. Ammonii anis.	1,0— 1,5
Creosotali	2,5— 4,0
Syr. Senegae	15,0

MDS. Nach Bericht. (4 Theelöffel-Dosen halbstündlich, 4 Dosen stündlich bis Fiebernachlass eintritt; dann 3—4stündlich ein Theelöffel

voll. Lasst das Fieber nicht nach, muss der Inhalt der Flasche innerhalb 24 Stunden verbraucht werden.)

Ist sehr hohes Fieber vorhanden, dann verschreibt L. Folgendes:

Rp. Natr. salicyl.	1,0—2,0
Creosotal.	2,5—4,0
Emuls. Amygdal. dulc.	100,0
Syr. Ipecac.	15,0
Mds. Idem.	

In der Armenpraxis empfiehlt L. folgende Verschreibweise:

Rp. Creosotali	15,0—20,0
Ds. Tropfen.	(Deutsche Medicinal-Ztg., 1902, 13. Nov.)

Kleine Mittheilungen.

— Während der jüngsten Conferenz des *internationalen Centralbureaus zur Bekämpfung der Tuberculose* in Berlin wurde auch ein „Tageblatt" herausgegeben, das in drei Sprachen, deutsch, französisch und englisch, erschien. Das dabei geleistete Englisch ruft den Spott der englischen Fachpresse hervor. „English as she is spoke", hohnt das British Med. Journal, „ein Muster von Englisch, wie es wohl in keinem anderen Lande erreicht werden durfte". Die von dem englischen Fachblatte den Veranstaltern dieses dreisprachigen Tageblattes ertheilte Lection ist wohlverdient. Weder in Paris noch in London würde es Jemanden einfallen, ein derartiges Blatt in einer anderen als in der Landessprache erscheinen zu lassen; nur in Deutschland ist eine so geringe Einschätzung der eigenen Muttersprache möglich, dass man bei den Besuchern einer internationalen Veranstaltung nicht wenigstens so viel Kenntniss derselben voraussetzt, als zum Lesen der Notizen eines Tageblattes hinreicht. Spott und Hohn ist immer der Dank, wenn Deutsche aus übertriebenem Entgegenkommen gegen Fremde — oder um mit ihren Sprachkenntnissen zu coketiren — in fremder Sprache schreiben. Das möchten sich doch auch die deutschen Verleger und Mitarbeiter internationaler Archive gesagt sein lassen. (Münchener med. Wochenschr., 1902, No. 45.)

— Von der 3. Auflage des von Penzoldt und Stintzing herausgegebenen *Handbuches der Therapie innerer Krankheiten* sind bis jetzt in rascher Aufeinanderfolge die ersten neun Lieferungen erschienen, so dass das vollständige Erscheinen des beliebten Werkes in Bälde zu erwarten ist.

— Im Verlage von P. Blakiston's Son & Co. in Philadelphia wird demnächst erscheinen: *„Biographic Clinics; the Origin of the Ill-Health of DeQuincey, Huxley, Carlyle, Darwin and Browning"* von Dr. George M. Gould. Der Verf. hat Alles aus der Literatur zusammengetragen, was die Gesundheitsverhältnisse der erwähnten fünf Geistesheroen auch nur im Entferntesten berührt. Jeder dieser Männer führte, wie allgemein bekannt, ein Leben voll körperlicher Leiden, deren Ursachen den Aerzten ihrer Zeit verborgen waren. Gould hat es nunmehr unternommen, nachzuweisen, dass jeder der Genannten an „Eyestrain" litt und dass eine Corrigirung ihrer Refractionsfehler sie von ihrem qualvollen Zustande befreit haben würde. Ein geschichtlicher Abriss über die Entdeckung des Astigmatismus beschliesst das viel versprechende Werk.

New Yorker

Medicinische Monatsschrift.

Officielles Organ der

Deutschen Medicinischen Gesellschaften der Städte New York, Chicago, Cleveland und San Francisco.

Redigirt von Dr. A. Ripperger.

Bd. XIV. New York, December 1902. No. 12.

ORIGINALARBEITEN.

Ueber Heilung der chron. Nephritis durch Operation.†

Von Dr. Gustav Schirmer in Chicago.

Die alten Methoden der Urinuntersuchung ergeben zwar ein gutes Bild der erkrankten Nieren durch den Nachweis der pathologischen Producte*), allein über die Functionsfähigkeit der Nieren geben sie uns nur wenig Aufschluss.

Ganz gleichgültig, welch operativer Eingriff an der Niere vorgenommen werden soll, die Functionstüchtigkeit des intacten Nierengewebes muss festgestellt werden. Hierzu dienen:

† Vortrag, gehalten in der Deutschen Medicinischen Gesellschaft der Stadt Chicago am 7. November 1902.

*) Als Probe für den Nachweis von Eiweiss gebrauche ich in zweifelhaften Fällen die von mir vor Jahren angegebene „Schaumprobe." Eine grössere Menge von filtrirtem Urin wird im Reagenzglas tüchtig geschüttelt, die unter dem Schaum stehende Flüssigkeit vorsichtig abgegossen und der Schaum wird nach der alten Kochprobe untersucht. Das Eiweiss schwimmt dann in *faserigen Flocken* in der Flüssigkeit. Die auch bei eiweissfreiem Urin auftretenden Flocken sind nicht faserig und verschwinden nach Säurezusatz. Ich empfehle diese Methode bei Urinen, die sich nicht klar filtriren und ihre Genauigkeit ist so gross, dass 1 Tropfen Blutserum, 40 ccm Wasser beigesetzt, die Schaumabkochung deutlich die faserigen Flocken zeigen lässt. Es erscheint mir nicht überflüssig noch eine Eiweissprobe zu besitzen, denn wir lesen in der Casuistik von schweren Erkrankungen der Nieren, die keine Eiweissreaction zeigten und gerade der Eiweissnachweis veranlasst uns den Fall weiter zu untersuchen.

1. *Harnstoffbestimmung.*

Es ist zweckmässig, diese für längere Zeit zu machen. Jeder Arzt kann sie ohne Zeitverlust machen, wenn er sich einen Doremus Ureometer erwirbt und in der Apotheke folgende Mischungen anfertigen lässt:

Nr. I. A.	Chlorinated lime	100,0
	Water	500,0
B.	Sodii carbon. cryst.	150,0
	Sodii hydrati	25,0
	Aquae	300,0

Misce solut. A et B et decant.

Nr. II. Sodium bromide 20 per cent. solut.

Man mischt 20 ccm von Lösung Nr. 1 mit 5 ccm von Lösung Nr. II, füllt den Glasbehälter und fügt mit der Pipette 2 ccm Urin zu. Wissenschaftlich genau ist diese Methode nicht.

2. *Getrenntes Auffangen des Urins.*

Wir wissen, dass die Nieren nicht immer gleichmässig erkrankt, ja dass die eine ganz gesund sein kann. Wir erreichen den Nachweis der einseitigen Erkrankung erstens durch den Ureteren-Catheter, zweitens durch die Kryoscopie und drittens durch den Segregator.

3. *Methylenblau-Probe.*

Methylenblau, dem Magen einverleibt, wird prompt durch die Nieren ausgeschieden. Bei erkrankten Nieren sehen wir oft mehrere Tage nach der Aufklärung des Urins wieder Blaufärbung. Einen befriedigenden Aufschluss erhalten wir von dieser Methode nicht, doch halte ich sie als recht practisch am Krankenbett als eine Art Voruntersuchung.

4. *Kryoscopie des Blutes und des Urins.**)

Dieselbe wird am zweckmässigsten mittels des Prof. Beckmann'schen Gefrierapparates ausgführt, der bis auf 1/1000 Grad angiebt. Das menschliche Blut gefriert bei Δ — 0,55 bis — 0,57. Δ — 0,60 ist pathologisch und spricht für eine Niereninsufficienz. Der Urin gefriert bei δ — 0,9 bis — 2,7, kleinere Zahlen deuten auf eine Erkrankung der Nieren hin. — Bei einseitiger Nieren-

*) Kryoscopie ist abgeleitet von Κρύος, Eis Mit Δ bezeichnen die Chemiker den Gefrierpunkt einer Lösung, die Mediciner den des Blutes und mit δ den des Urins.

erkrankung ist der Blutgefrierpunkt Δ in den normalen Grenzen. Diese Methode leistet noch mehr. Wird nach Flüssigkeitszufuhr der Gefrierpunkt des einen Nierenurins erhöht, dann ist eine latente functionelle Minderwerthigkeit der Niere erwiesen. Hat ein Patient z. B. Δ — 0,65 bei Blutharnen und zeigt der Ureterencatheter nur die eine Niere erkrankt, so beweist das, dass wir es mit einer Functionsinsufficienz auch der anderen Niere zu thun haben. Zeigt die Catheteruntersuchung den einen Urin krank und ist Δ normal, dann ist der Krankheitsprocess sicher unilateral.

Vor der Untersuchung muss die Kohlensäure des Blutes durch Schütteln entfernt werden, denn sie würde Δ tief herabsetzen. Zur Untersuchung braucht man 20 ccm Blut. Der grosse Werth dieser Probe erhellt, wenn wir lesen, dass nach ihrer Anwendung kein Patient einer postoperativen Niereninsufficienz mehr erlag, während vorher 4 Todesfälle bei 120 Operationen auf eine postoperative Niereninsufficienz kamen.

5. *Phloridzin-Probe.*

Wird ½ Milligramm Phloridzin subcutan einverleibt, dann wird nach einer halben Stunde Zucker im Urin ausgeschieden, und zwar geschieht die Umwandlung des Phloridzin in Zucker in der Rinde der Niere. Bei erkrankten Nieren ist die Zuckerausscheidung wesentlich herabgesetzt oder ganz aufgehoben.

Als letzte Untersuchung verbleibt noch, nicht allein die microscopische Untersuchung des Urins auf Bacterien, sondern der Nachweis ihrer Art und Virulenz durch Culturen. Dieser Nachweis ist deshalb von Wichtigkeit, weil wir mit Sicherheit wissen, dass Micrococcen der Blase in die Nieren gelangen können, und weil wir mit Sicherheit wissen, dass keine chemische Untersuchung uns darüber Aufschluss giebt, ob wir es mit einer infectiösen Nephritis oder einer aseptischen chronischen Nephritis zu thun haben.

Sind diese mühsamen Untersuchungen gemacht, und sie müssen gemacht werden, denn bei der Operation kann keine Diagnose mehr gemacht werden, die Niere des lebenden Menschen ist viel schwerer zu diagnosticiren als die der Leiche, zur Operation darf immer noch nicht geschritten werden. Die genaueste Allgemeinuntersuchung darf absolut nicht vergessen werden. In folgender Stelle gebe ich eine Liste der Momente, welche eine Ei-

weissausscheidung in den Nieren bedingen. Die allgemein bekannten führe ich nicht an. 1. localisirte septische Herde*). 2. Influenzainfection**). 3. Verletzungen am Boden des IV. Ventrikels. 4. Durchschneidung der vorderen, Reizung der hinteren spinalen Wurzeln. 5. Thoraxcompression. 6. Absperrung des arteriellen oder venösen Blutstromes zu den Nieren. 7. Strychninvergiftung. 8. Ureterencompression. 9. Entziehung des ClNa aus der Nahrung. 10. Specielle Einflüsse der Ingesta, z. B. reichlicher Genuss von Seefischen. 11. Darmkrankheiten (vermehrte Indicanausscheidung). 12. Metalle. 13. Viscosität des Blutes. 14. Mangel an Sauerstoff.

Als Operationsmethoden kommen in Betracht:

1. Lösung der Niere.
2. Excision der Capsula propria.
3. Incision der ganzen Niere.
4. Theilweise Resection.
5. Nephrectomie.

Wir haben verschiedene Methoden, folgende kann als klassisch gelten:

Seitenlage, hufeisenartiges Kissen untergeschoben, so dass die obere Lende vorgewölbt wird. Schnitt 8—10 cm von den proc. spinos. entfernt, nach oben bis über die unteren Rippen, nach unten gegen das muskelfreie Dreieck — trigon. Petiti — sich erstreckend. Latissimus verzogen oder eingeschnitten. In der Tiefe erscheint der laterale Rand des quadratus lumb. Derselbe mit seinem schrägen Ansatz an der inneren Lippe der Darmschaufel dient zur Orientirung. Am lateralen Rand des quadr. lumb. wird das trigonum Petiti in der Längsrichtung gespalten. Oben liegt die XII. Rippe, unten der Hüftbeinkamm frei. Die Gefässe werden doppelt unterbunden. Die im unteren Drittel über der Fettcapsel verlaufenden n. ileo-hypogastr. und -inguinalis werden zur Seite gezogen.

Die Wahl der Operationsmethode hängt ganz von der Diagnose ab. Noch schwieriger ist die Indication zur Operation. Erst wenn für jede Erkrankung 30 Hunde geopfert sein werden, wie es der Vater der Nierenchirurgie S i m o n bei der Nephrectomie that, erst dann wird Klarheit geschaffen sein. Eines scheint

*) Ich habe zwei derartige Fälle beobachtet.

**) In einigen Influenzaepidemien sah ich mehrmals Nierenblutungen.

sicher zu sein, dass durch Exstirpation der Kapsel (caps. propr.) oder auch schon durch einen Einschnitt Schmerzen dauernd geheilt werden. Diese Schmerzen hatten die ersten Operateure zur falschen Diagnose verleitet — Steine, Abscesse, und weil die Fälle so günstig verliefen, suchten sie in der Hypothese von der Spannung durch die Kapsel den Grund der patholog. Erscheinungen, trotzdem, dass bei der Operation so und so oft die Kapsel schlaff auf der Niere lag. In gleicher Weise werden schwere Nierenblutungen durch die Nephrotomie günstig beeinflusst. Der Schnitt soll durch Granulationen heilen. Als Erklärung wird angenommen, dass die Spaltung chron. entzündeter Gewebe eine Rückbildung des Processes anbahnen kann. Im Gegensatz hierzu haben Thierexperimente erwiesen, dass in der Umgebung des Schnittes weitgehende Parenchymveränderungen, — beginnende Cirrhose — sich anbahnen. Da keine speciellen Angaben über die Reparation der verletzten Niere, besonders über den physiolog. Ausfall vorliegen, so muss man sich den Heilungsvorgang nach allgemeinen Grundsätzen construiren. Die Ursache der Gewebsreparation nach Gewebsverletzungen liegt zunächst in der Wachsthums- und Proliferationsfähigkeit der Gewebe. Die Auslösung der Wucherung selbst erfolgt dadurch, dass gewisse Wachsthumshindernisse weggeschafft werden. Bei Geweben, die grössere Zeiträume hindurch unverändert bleiben, muss die schlummernde Proliferationsfähigkeit durch die Veränderung der Umgebung zur Thätigkeit erweckt werden. Bei compensatorischer Hypertrophie der Gewebe liegt die Ursache der Gewebsneubildung in der Steigerung der Function, die zugleich als nutritiver und als formativer Reiz wirkt. In der Narbe befinden sich die Elemente der Umgebung. Ein agressives Vorgehen der Chirurgen, in der Behandlung der chron. Nephritis ist nur dann erlaubt, wenn sie sich durch Thierexperimente und die oben angegebenen Untersuchungen decken. Die bisher veröffentlichten Fälle von Heilung der chron. Nephritis durch Operation haben in der med. Welt nicht das Aufsehen erregt, wie die Behauptung eines Chirurgen, dass er in jedem Falle von Morbus Brighti die Entfernung der Capsel vornehmen wird zum Zwecke der Heilung der chr. Nephritis. Derselbe Chirurg sah vollständige Heilungen von chr. Nephritis nach Nephropexie bei Wanderniere. Die meisten würden die gestörten Circulations- etc. Verhältnisse

der Niere als ursächliches Moment der chr. Nephritis ansehen und durch die Beseitigung derselben die Heilung für möglich halten. Anders dieser Autor. Dadurch, dass die ganze Capsel entfernt wird, sollen die Blutgefässe der Niere reichlich Gelegenheit haben neue Gefässverbindungen mit der Fettcapsel einzugehen. Dieser collaterale Blutkreislauf ist die Hauptursache seiner günstigen Resultate. Die Thatsache, dass aseptische und infectiöse chron. Nephritis — und zwar durch Operation — geheilt worden sind, lehren gut beobachtete Fälle. Binnen 3 Monaten wurden von 12 verschiedenen Chirurgen Entcapselungen wegen chron. Nephritis vorgenommen.

Meine Herren, ich hoffe, dass Sie mit Benützung meiner heutigen Darlegung im Stande sein werden, den wissenschaftlichen Massstab an die Fluth der kommenden Publicationen zu legen. Nur dann, wenn Sie auf die Durchführung der oben angegebenen Methoden dringen, werden Sie verhindern, dass wir internen Mediciner uns zu Handlangern einer chirurgischen Industrie degradiren.

R. Harrison. A contribution to the study of some forms of albuminuria associated with kidney tension and their treatment. Lancet, London, Jan. 4, 1896, p. 18.—(Diagnose: Stein und Eiter, negativer Befund, Heilung.)

R. Harrison. On the treatment of some forms of albuminuria by renipuncture. British Med. Journal, Oct. 17, 1896, p. 1126.—(Renipuntur bei Anurie, Schmerzen bei acuter Nephritis mit andauernder Albuminurie.)

R. Harrison. The treatment of some forms of albuminuria by renipuncture. British Med. J., Oct. 17, 1896, p. 1126.—(Anurie und Schmerzen in acuten Fällen, anhaltender Eiweissverlust, secundäre Erscheinungen als Indication.)

J. Israel. Nierenkolik, Nierenblutung und Nephritis. Deutsche med. Wochenschrift, Februar 27, 1902, p. 145. — (Operirt nur wegen lebensgefährlicher Symptome. Scharfe Discussion im Verein für innere Medicin, Berlin v. 20. Januar 1902.)

J. Israel. Ueber den Einfluss der Nierenspaltung auf acute und chron. Krankheitsprocesse des Nierenparenchyms. Mittheilungen aus den Grenzgebieten etc. V. V., pps. 471—510, 1899. — (Schmerzen und Blutungen Hauptindication.)

Thorkild Rovsing. Wann und wie müssen die chronischen Nephritiden operirt werden? Mittheilungen aus den Grenzgebieten etc. Vol. X., H. 3—4. — (Wissenschaftliche Casuistik.)

A. H. Ferguson. Surgical treatment of Nephritis or Bright's disease. Med. Standard, Chicago, June, 1899, p. 215.—(Zwei Fälle von Nephritis, Nephropexie; promptes Verschwinden von Eiweiss und Cylindern.)

George M. Edebohls. Chronic Nephritis affecting a movable kidney as indication for Nephropexy. Med. News, N. Y., April 22, 1899, p. 481.

George M. Edebohls. On Bandages for Nephroptosis. Med. Record, N. Y., May 4, 1901, p. 690.

George M. Edebohls. The cure of chron. Bright's disease by operation. Med. Record, N. Y., Dec. 21, 1901, p. 961.—(Uebersetzung in Monatsberichte für Urologie Febr. 1902, p. 65.)

George M. Edebohls. Questions of priority in the surgical treatment of chron. Bright's disease. Med. Record, N. Y., April 26, 1902.

A. Pusson. De l' intervention chirurgicale dans certaines variétés de Néphrites mèdicales. Association Francaise d'Urologie. Oct. 21, 1899, p. 455.

A. Pusson. De l'existence d'un réflexe Réno-Rénal dans certaines Néphrites médicales et de la Possibilitè du Developpement d'une Néphritique sympathique. Annales des Maladies des Organes génito-urinaires. April 1900, p. 137.

A. Pusson.Du Rôle Pathogénique du Reflexe Réno-Rénale. Gazette hebdomaire de Sciences médicales de Bordeaux. Oct. 28, 1900, p. 507.

Pousson. De l'intervention chirurgicale dans les nephrites infectieuses aigues et dans les néphrites chroniques. Bulletin et mém. de la société de chirurgie de Paris. 1901, 12. Juni.—(Nephrotomie günstig bei acuten, bei 3 chronischen Erfolg negativ.)

A. Pusson. Contribution à la Physiologie Pathologique de l'Incision et de l'exstirpation du Rein. Annales des Maladies des organes génito urinaires. Nov. 1901, p. 1369.

A. Pusson. De la Néphrotomie dans les Néphrites médicales chroniques. Journal de Médicine de Bordeaux. Feb. 2, 1902, p. 75.

A. Pusson. Discussion sur la Néphrotomie dans les Néphrites médicales. Gazette hebdom. des Sciences médicales, Bordeaux. March 16, 1902, p. 127.

L. McLane Tiffany. Free Division of the capsule of the kidney for the relief of Nephralgia. Annales of Surgery, August 1889.—(Spannung der Capsel.)

D. Newman. Intermittent Hydronephrosis and transient albuminuria in cases of movable kidney. Lancet, London, Jan. 18, 1896, p. 166. (Four cases, Bestätigung der Anschauungen von Dietl, 1864, und Landau, 1881.)

Korteweg. Die Indicationen der Entspannungsincision bei Nierenleiden. Mittheilungen etc. Bd. 8, H. 4—5. — (Vasomotorische Regulatoren zwischen beiden Nieren.)

von Pel. Die Nierenentzündung (M. Brightii) vor dem Forum der Chirurgie. Mittheilungen aus den Grenzgebieten der Medicin und Chirurgie. Bd. VIII., H. 4—5. — (Befürwortet Spaltung der Capsel auch Nieren bei Lebensgefahr.)

Naunyn. Mittheilungen aus den Grenzgebieten etc. Bd. v. p. 639, 1890. — (Erfolge der Chirurgie bei Nephritis. Möglichkeit einer grossen Rolle bei morb. Brighti.)

William Henry Porter. Rational or dietetic Treatment of "Bright's Disease" contrasted with surgical intervention. Med. Record, N. Y. Sept. 27, 1902.—(Beweist aus den pathol. Befunden nur die Wirksamkeit von Diät.)

John Winters Brannan. Etiology and Treatment of Bright's Disease. New York med. Journal, Jan. 4, 1902.—(Allgem. Therapie.)

A. Primrose. The operative Treatment of chron. Bright's Disease. Canadian Journal of Medicine and Surgery, Toronto, March, 1902.

J. A. Schmitt. The surgical Treatment of Chronic Bright's Disease. Med. Record, N. Y., Sept. 13, 1902.—(Anhänger der Indicationen von Israel, leugnet Heilung bei Bright's Krankheit.)

A. Rose. The cure of chr. Bright's disease by operations. N. Y. med. Record, March 22, 1902, p. 467.—(Bestreitet Edebohl's Priorität.)

M. W. Herman. Sectio renis als therap. Eingriff bei sog. „Néphralgie hématurique" und als diagnostisches Hilfsmittel. Przeglad lekarski, Nr. 19—22, 1902.—(Gegner des Nierenschnittes, genügend Néphrodéliberation.)

Ramon Guitéras. The surgical treatment of Bright's disease. New York med. Journal, May 17, 1902.—(Nephropexie bei Wanderniere mit chron. Nephritis; Nephrotomie bei Nephralgie oder Haematurie; Entcapselung bei chron. Neph. unentschieden.)

Dreser-Leube. Physiologische Albuminurie. Münchener med. Wochenschrift, 14. Oct. 1902, p. 1720.

W. W. Ford. The Bacteriology of healthy organs. Montreal. Transactions of Amer. phys., XV., p. 389.—(Aus Leber und Nierenstücken in 80 Procent Spaltpilze gezüchtet.)

Ernst Ziegler. Ueber die Reparation verletzter Gewebe. Deutsche med. Wochenschrift, 6. Dec. 1900.

R. Wolff. Ueber die Erfolge der Nephrorraphie auf Grund der nach dem Verfahren von Herrn Professor Rose in Bethanien operirten Fälle. Deutsche Zeitschrift für Chirurgie, 1897, Vol. XLVI., p. 533.

Robert Zeit. The Pathology and Bacteriology of Uretero-Intestinal Anastomosis. N. Y. med. J., 1901, May 4 and 18.—(Exacte Thierexperimente für die aufsteigende Infection und resultirende Granularatrophie.)

G. Fuchs. Anleitung zur Moleculargewichtsbestimmung. Leipzig. W. Engelmann.

Moritz. Ueber den kl. Werth der Gefrierpunktbestimmung. Petersburg med. Wochenschr., n. f. XVII., 22, 23, 1900.

Casper. Fortschritte der Nierenchirurgie. Zeitschrift für klin. Chirurgie, 1901. — (Functionsbestimmung der Niere.)

Casper und Richter. Functionelle Nierendiagnostik. Berlin, 1901.

H. Koeppl. Zur Kryoscopie des Harns. Giessen. Berl. kl. Wochenschrift, XXXVIII., 28, 1901. — (Bei hochgestellten Harnen kann δ nicht bestimmt werden. Versuch der Bestimmung der molecularen Concentration.)

Phlorhidzin Diabetes. Schmidt's Jahrbücher 1902, H. 5. — (Neueste Untersuchungen.)

K. Assfalg. Zur Verwendung des Methylenblau zur Prüfung der Nierenfunction. Zeitschrift für kl. Med., XLIV. 3, 4, p. 226 u. 1902. — (Subcutan; leistet einige Dienste.)

Friedrich Straus. Untersuchungen über Physiologie und Pathologie der Ureteren- und Nierenfunction mit besonderer Berücksichtigung der verdünnenden Nierenthätigkeit nach Flüssigkeitszufuhr. Münchener med. Wochenschrift, 12. Juli 1902, p. 1217.

Boehnke. Ueber neuere Gesichtspunkte in der Nierendiagnostik. Münchener med. W., 22. Juli 1902, p. 1244 — (Kryoscopie.)

O. Rumpel. Erfahrungen über die practische Anwendung der Gefrierpunktsbestimmungen von Blut und Harn bei Nierenerkrankungen. Münchener med. Wochenschr., 14. October 1902, p. 1731. — (Sehr günstige.)

Gefriermethode. Zur Blut- und Harnuntersuchung. Deutsches Archiv für kl. Med., Vol. LXV., p. 1. — Plueger's Archiv, Vol. LVI., p. 579. — Zeitschrift für physikal. Chemie, Vol. XXI., p. 239.

Aerztliche Ethik unter besonderer Berücksichtigung der Psychotherapie und Psychohygiene.*)

Nach einem in der Berliner Psychologischen Gesellschaft gehaltenen Vortrage.

Von Dr. Albert Moll.

Eine ärztliche Ethik muss das enthalten, was der Arzt vom Standpunkt der Ethik aus thun soll. Aehnlich wie unsere Moralphilosophen Moralprincipien aufgestellt haben, auf die sie die als ethisch zu bezeichnenden Handlungen zurückzuführen suchen, liegt es nahe, für die Ethik des Arztes als Ausgangspunkt eines

*) Aus „Deutsche med. Presse", 1902, No. 13 u. 14.

dieser Moralprincipien zu nehmen, und von ihm des Arztes Pflichten abzuleiten. Indessen ergeben schon einige einfache Erwägungen, dass dieser Weg nicht angezeigt ist. Erstens müsste man zunächst nachweisen, dass das zu Grunde gelegte Moralprincip richtig ist, da eine so aufgebaute ärztliche Pflichtenlehre nur dann einen Werth haben würde, wenn man vorher den Nachweis erbringt, dass die Voraussetzung richtig ist. Zweitens aber spricht gegen diese Betrachtungsweise der Umstand, dass man mit verschiedenen Moralprincipien ungefähr das beweisen kann, was man beweisen will. Man kann mit demselben Moralprincip nur zu leicht nachweisen, dass eine bestimmte Handlungsweise ethisch, und auch dass sie unethisch ist. Ja es kommt weiter hinzu, dass man mit einzelnen Moralprincipien sogar nachweisen kann, dass der ärztliche Beruf wenigstens zum grossen Theil unethisch ist. Man kommt jedenfalls verhältnissmässig leicht zu der Absurdität, dass bestimmte allgemein als richtig anerkannte ärztliche Handlungen in Wirklichkeit als unethisch zu betrachten sind, wobei ich allerdings annehme, dass der ärztliche Beruf berechtigt ist, dass insbesondere der Kranke und Schwache, der Krüppel und der Degenerirte das Recht auf ärztliche Hilfe haben. Um die Vieldeutigkeit und die Unzuverlässigkeit der Moralprincipien für unsere Zwecke zu begründen, kann ich natürlich nicht auf jedes einzelne eingehen. Nur einige davon will ich erwähnen, zunächst den universellen Evolutionismus, dann den Utilitarismus. Endlich werde ich noch die ethische Bedeutung des Opfers, wie sie Wilhelm Stern[1]) zu begründen suchte, besprechen.

Der universelle Evolutionismus betrachtet als ethisch diejenigen Handlungen, die den Fortschritt des Ganzen fördern. Die ärztliche Pflege, die man einem degenerirten Krüppel zu theil werden lässt, um ihn ein höheres Alter erreichen zu lassen, kann dann als unethische Handlung betrachtet werden, weil sie die Fortpflanzung des Krüppels, die Vererbung seiner Eigenschaften und damit die Erzeugung kranker Individuen herbeiführen kann.

Der Utilitarisums sieht die Förderung des Gesammtwohls als das Erstrebenswerthe an, das grösstmögliche Wohl der grösstmöglichen Zahl sei für die ethische Beurtheilung maassgebend.

[1]) Kritische Grundlegung der Ethik als positive Wissenschaft von Wilhelm Stern. Berlin 1897.

Danach würden zahlreiche Menschenexperimente gerechtfertigt werden können. Wenn z. B. einem Sterbenden ein Krankheitsgift eingeimpft wird und die Bacterien, wie wir annehmen wollen, ohne dass dadurch sein Tod beschleunigt wird und ohne dass er es fühlt, zur Entwickelung kommen, so könnte der Utilitarismus sagen: Was schadet dies dem Sterbenden! Wenn durch dieses Experiment vielleicht vielen anderen Individuen genützt werden kann, so ist das Experiment ethisch berechtigt. In Wirklichkeit ist es aber unethisch, wenn man den ärztlichen Beruf als gerechtfertigt anerkennt, da der Arzt die Verpflichtung hat, das Bestmögliche für seinen Kranken zu thun.

Wilhelm Stern hat das Opfer als den Maasstab des Ethischen hingestellt. Die Durchführung dieses Grundsatzes hat nicht nur vieles Bestechende, sondern ist auch gerade vom Standpunkt des practischen Lebens aus in weitem Maasse überzeugend. Nur haben wir vom Standpunkt der practischen Ethik mehrere Fragen aufzuwerfen. Wem soll der Arzt das Opfer bringen? Wird nicht ein Arzt, der beispielsweise einen Patienten unentgeltlich behandelt und trotzdem keine Mühe scheut, damit abgesehen von seinem persönlichen Opfer, auch das Wohl und die Zukunft seiner Angehörigen opfern, die auf ihn als Ernährer angewiesen sind? Und ferner kommt es vom Standpunkt der practischen Moral nicht nur darauf an, festzustellen, wie weit ist eine Handlungsweise ethisch oder unethisch, sondern auch darauf, muss man dem Arzt das grösste Opfer, d. h. den höchsten Grad der ethischen Handlungsweise stets zumuthen, oder vielmehr wieviel können wir mit Rücksicht auf die Mangelhaftigkeit menschlicher Einrichtungen vom Einzelnen hierbei fordern? Ein Beispiel sei angeführt. Ein Arzt setzt sich durch die von ihm für richtig gehaltene Handlungsweise einer schweren Bestrafung aus. Ist er hierzu verpflichtet? Meines Erachtens nicht. Er würde zwar damit ein sehr hohes Opfer bringen, aber mit Rücksicht auf die gesammten practischen Verhältnisse darf soweit der Anspruch an den Arzt nicht gehen. Er wird vielmehr im Allgemeinen berechtigt sein, in solchem Fall die Behandlung abzulehnen.

Mit meinen Ausführungen soll selbstverständlich nichts gegen unsere Moralphilosophen und ihre anregenden und zum Theil tiefsinnigen Arbeiten gesagt sein. Der Hochmuth, mit dem ein-

zelne Mediciner und Naturforscher immer noch auf die Philosophie herabschauen, liegt mir in jeder Hinsicht fern. Man kann aber die Bedeutung gewisser Studien anerkennen und kann doch ihre practische Anwendbarkeit bestreiten. Schliesslich haben auch die Astronomie, also eine sehr exacte Wissenschaft, und die Nordpolfahrten, ja die meisten medicinischen Arbeiten noch recht wenig practischen Nutzen für die Menschen herbeigeführt. Aber nur der Banause wird deshalb diese Forschungsgebiete als solche verwerfen. Ich will nur sagen, dass ich bisher noch kein Moralprincip kennen gelernt habe, von dem sich die Handlungsweise des Arztes einigermaassen ableiten liesse.

Auch mit den Forderungen der Moraltheologie kommen wir nicht zum Ziel, da diese nicht für eine Menschheit, wie wir sie darstellen, bestimmt ist, sondern für eine idealere. Man wird die Ethik der Bergpredigt gewiss sehr hoch stellen, aber es kann sich nicht der einzelne Mensch oder eine einzelne Berufsklasse einer Ethik unterordnen, wenn sie nicht auch von den andern Menschen innegehalten wird. Der Einzelne kann nicht anders handeln, als dass er sich den bestehenden Verhältnissen in weitem Maasse anpasst, und daraus geht hervor, dass, wenn wir für eine bestimmte Berufsklasse, das heisst für die Aerzte eine Ethik aufstellen wollen, wir weit besser thun, die practischen Verhältnisse, d. h. die Moralpraxis als die Moraltheorie zu Grunde zu legen. Die Moralpraxis ist aber das, was in der heutigen Gesellschaft allgemein als ethisch anzusehen ist.

Zwei Beispiele will ich anführen. Das Berufsgeheimniss des Arztes ist in den letzten Jahren vielfach studirt worden, gewöhnlich aber vom Standpunkt des formellen und materiellen Rechts. Vom ethischen Standpunkt aus hat der Arzt sein Berufsgeheimniss zu wahren, nicht weil dessen Verletzung mit Strafe bedroht ist, und auch nicht weil es hier irgendwie eine Sonderpflicht für den Arzt gibt, sondern weil es die Pflicht jedes anständigen Menschen ist, das als Geheimniss zu betrachten, was ihm unter der Bedingung oder doch unter der selbstverständlichen Voraussetzung der Geheimhaltung anvertraut wurde.

Ein zweites Beispiel. Der Arzt wird zu einem Kranken gerufen, der an einer ansteckenden Krankheit z. B. Diphtheritis leidet. Der Arzt setzt sich, und wenn das Gift durch dritte übertragbar ist, auch seine eigene Familie der Ansteckungsgefahr

aus. Trotzdem muss er vom ethischen Standpunkt aus dem Rufe folgen, obschon sonst ihm seine Familie näher steht, als Fremde. Ebensowenig wie der Berufssoldat die Gefahr scheuen darf, ebenso wie der Feuerwehrmann und die für die Rettung Schiffbrüchiger angestellten Schiffer der von ihrem Beruf geforderten Gefahr entgegeneilen müssen, so auch der Arzt. Bei der Uebernahme seines Berufes hat er die Gefahren gekannt. Er darf sich ihnen also nicht entziehen, weil eben diese vom Beruf geforderte Gefahr jedem zugemuthet wird.

Aber auch mit Beziehung auf seine Rechte unterliegt der Arzt der allgemeinen Ethik, z. B. bei der Bezahlung. Da das Studium den Arzt Geld gekostet hat, da er zur Ausübung der Praxis Ausgaben machen musste, da der ärztliche Beruf kein unentgeltlich verwaltetes Ehrenamt ist, da die Geistesarbeit heute ebenso wie die Körperarbeit einen Marktwerth erhalten hat und ferner die Gesundheit nicht wie man oft fälschlich annimmt, ein absolutes, sondern nur ein relatives Gut darstellt, so hat der Arzt das Recht auf Bezahlung. Ich bestreite sogar ganz entschieden die Verpflichtung des Arztes Arme unentgeltlich zu behandeln, und zwar deshalb, weil diese Forderung mit den Grundsätzen der allgemeinen practischen Ethik nicht im Einklang steht. Nur bei Mangel an Ueberlegung kann man an den Arzt diese Zumuthung stellen. Die ärztliche Behandlung der Armen ist vielmehr ein Theil der Armenpflege, ebenso wie die Beschaffung von Nahrungsmitteln für die Armen. Da die Armenpflege nicht bestimmten Berufsklassen zur Last gelegt werden darf, sondern Sache der Gemeinde oder des Staates ist, so haben diese letzteren auch für die ärztliche Behandlung der Armen aufzukommen, das heisst es darf unter keinen Umständen von den Aerzten allgemein die unentgeltliche Behandlung der Armen gefordert werden. Wenn der Arzt in dem einen oder andern Falle freiwillig einen Armen unentgeltlich behandelt, so ist dies ein Almosen. Er weiss dann, was er opfert. Wenn man aber allgemein diese Forderung an die Aerzte richten wollte, so liesse sich das Opfer, das man von ihnen beansprucht, gar nicht bemessen, und deshalb mus mit Rücksicht auf die vorhergehenden Ausführungen die Forderung, der Arzt sollte allgemein Unbemittelte unentgeltlich behandeln, als eine ungerechte zurückgewiesen werden.

Wenn ich in dieser Weise von der allgemeinen Ethik aus-

gehend eine ärztliche Ethik, wie ich es in meinem gleichnamigen Buche versucht habe, begründe, so finden sich zwar noch viele Schwierigkeiten; aber die Willkür ist dann erheblich kleiner, als wenn ich ein theoretisches Moralprincp zu Grunde lege. Unklarheiten und mehrdeutige Auffassungen werden sich auch so noch finden, und bei manchem Conflict, den uns der ärztliche Beruf darbietet, wird man nicht berechtigt sein, apodictisch zu behaupten: diese eine Handlungsweise ist die allein richtige. Zu Conflicten giebt aber der ärztliche Beruf reiche Veranlassung. Ein Morphinist hat das Morphium in einem Schub verborgen. Hat der Arzt das Recht zum Zweck der Heilung den Schub zu öffnen und das Morphium mit einem harmlosen Stoff zu vertauschen? Hat der Arzt das Recht einem in kurzer Frist dem Tode Verfallenen etwas zu verabreichen, was ihn früher von seinen Qualen erlöst? Hat der Arzt das Recht oder die Pflicht, dem gläubigen Katholiken die Nähe der Todesstunde anzukündigen, damit dem Sterbenden die letzte Oelung zu theil werde? Hat er die Pflicht, dem Todescandidaten die Unheilbarkeit seiner Krankheit mitzutheilen, damit er noch ein Testament mache? Hat er das Recht, bei einer an sich nicht lebensgefährlichen Krankheit ein lebensgefährliches Mittel anzuwenden? Diese und zahllose andere Fragen tauchen beim Arzt Tag für Tag in der Praxis auf.

Man muss sich hüten, dass man nicht Ethik mit Etikette verwechselt, dass man nicht das, was Sitte ist, ohne weiteres als das Sittliche ansieht, und dass man auch ärztliche Politik nicht gleichbedeutend mit ärztlicher Ethik auffasst. Ein Beispiel für das Letztere. Mit Rücksicht auf die Fälle, wo Aerzte wegen Kunstfehler vor Gericht gestellt wurden, schlägt ein Arzt vor, dass man bei gewissen geburtshilflichen Operationen stets wenn irgend möglich einen zweiten Arzt zuziehe. Noch nie habe ein Richter gewagt, zwei Aerzte wegen eines angeblichen Irrthums zu verurtheilen. Dies ist ein durchaus berechtigter Rath; aber es handelt sich hier um eine Frage der ärztlichen Politik, nicht um eine solche der ärztlichen Ethik. Ebenso wird man, wie ich bereits bei der Erwähnung der Moraltheologie andeutete, den moralischen Idealismus von der practischen Moral trennen müssen und noch mehr das Moralpredigerthum, das oft nur als die niedrigste Heuchelei betrachtet werden kann.

Weit vermehren werden sich die Conflicte besonders dann,

wenn wir des Arztes Handlungsweise nicht nur mit Beziehung auf seinen eigentlichen ärztlichen Beruf, sondern auch in allen Beziehungen betrachten, die dieser Beruf bietet. Wir haben nämlich festzustellen, dass zwar des Arztes Beruf ein persönlich ausgeübter ist, das heisst als Arzt in unserem Sinne wenigstens, nicht derjenige zu betrachten ist, der die Approbation im Deutschen Reiche erworben hat, sondern derjenige, der nach wissenschaftlicher und practischer Vorbereitung seine Klienten in Fragen der Gesundheit beräth. Die Aufgaben der Medicin gehen viel weiter. Diese hat es nicht nur mit der persönlichen Wirkungsweise des Arztes zu thun, sie hat vielmehr an sich fünf verschiedene Aufgaben zu erfüllen.

Die erste ist die Behandlung von Krankheiten, die meistens Sache des Arztes ist. Die zweite ist die Verhütung von Krankheiten. Sie fällt theilweise in das eigentliche Arbeitsgebiet des Arztes, insofern als er vielfach in seiner Praxis dafür zu sorgen hat, dass Personen vor Krankheit behütet werden, die sich ihm anvertrauen. Aber die Verhütung von Krankheiten wird auch da von der Medicin erstrebt, wo es sich nicht um die persönliche Wirksamkeit des Arztes handelt; ich brauche nur an die öffentliche Hygiene zu erinnern, an der viele Nichtärzte mitwirken. Als eine dritte Aufgabe der Medicin haben wir die Sachverständigenthätigkeit, speciell die Begutachtung zu betrachten. Eine Begutachtung findet auch mitunter in der persönlichen Thätigkeit des Arztes statt, da häufig Leute zum Arzt kommen, nicht um von ihm behandelt zu werden, sondern lediglich um auf Grund einer eingehenden Untersuchung zu erfahren, wie es mit ihrem Gesundheitszustand steht. Häufiger aber findet diese Sachverständigenthätigkeit dritten, besonders Behörden gegenüber statt. Als vierte Aufgabe der Medicin haben wir die Forschung und als fünfte den medicinischen Unterricht zu betrachten.

Man wird schon daraus erkennen, dass sich die eigentliche Thätigkeit des Arztes keineswegs mit den Aufgaben der Medicin deckt. Wenn wir aber die Thätigkeit des Arztes in allen Beziehungen seines Berufs betrachten, so wird man doch zugeben müssen, dass nicht nur die Berathung des einzelnen Klienten hierzu gehört, sondern auch vieles andere, was ich eben erwähnte, z. B. die Sachverständigenthätigkeit vor Gericht, die Forschung, der Unterricht. Je weiter wir in dieser Hinsicht die Beziehungen, die

der Beruf des Arztes bietet, umgrenzen, um so schwerer können aber auch die Conflicte vom Standpunkt der Ethik aus werden. Einige Beispiele sollen dies beleuchten. Der Arzt soll für das Gericht ein Gutachten darüber ausarbeiten, ob bei dem Exploranden eine Krankheit wirklich besteht oder ob Simulation vorliegt. Es wird nothwendig sein, hierbei mitunter Kunstgriffe anzuwenden, die den Exploranden irre führen sollen. Wie weit hat der Arzt hierzu das Recht? Hat er ferner das Recht, dem Exploranden Schmerzen zuzufügen, lediglich um ein Gutachten erstatten zu können? Ja, hat er das Recht den Exploranden einer gewissen Lebensgefahr auszusetzen, um zu einem Resultat zu kommen? Das Letztere läge z. B. dann vor, wenn anscheinend Contracturen der Muskeln eines Beines bestehen und man nun feststellen muss, ob diese Contracturen wirklich im Muskel vorliegen, ob die Bewegungsbeschränkung von einer Gelenkkrankheit herrührt, oder ob sie vielleicht simulirt ist. Die Chloroformnarcose soll die Entscheidung bringen. Sie bietet aber eine gewisse, wenn auch geringe Lebensgefahr. Ist der Arzt berechtigt, eine solche für das Gutachten herbeizuführen? Ich habe diese Fragen ausführlich erörtert und in meiner ärztlichen Ethik[2]) ausführlich beantwortet. Nehmen wir einen weiteren Conflict den der Forschung an. Ein Patient hat sich einem Krankenhaus anvertraut, um von einer Krankheit geheilt zu werden. Er wird hier aber zu allerlei wissenschaftlichen Untersuchungen benützt.

Es sind in einzelnen Krankenhäusern sogar an Sterbenden empörende Versuche gemacht worden. Ja solche grausame Menschenexperimente sind theilweise in Kliniken gemacht worden, deren Leiter in der Oeffentlichkeit nicht laut genug als die wahren humanen Aerzte, als die grossen Wohlthäter der Menschheit ausposaunt werden und sich gewissermaassen als Specialisten für Humanität in der Oeffentlichkeit geriren. Die Fälle Neisser und Strubell, die so viel in der Presse erörtert wurden, sind weit weniger schlimm, als gewisse Fälle, die in anderen Kliniken vorgekommen sind.

Auch der Unterricht bietet zahlreiche Conflicte mit den Pflich-

[2]) Aerztliche Ethik. Die Pflichten des Arztes in allen Beziehungen seiner Thätigkeit von Dr. Albert Moll, Stuttgart 1902. 650 Seiten. Ein Theil der obigen Ausführungen findet sich in diesem Buch.

ten des Arztes. Wie weit darf der Patient dazu benutzt werden, um die Zuhörer, die zukünftigen Aerzte, in die ärztliche Kunst und Wissenschaft einzuweihen? Kurz und gut die Conflicte werden um so mannigfaltiger, je weiter wir nicht nur den ärztlichen Beruf, sondern die Beziehungen, die dieser bietet, umgrenzen.

Wenn wir nun nach diesen allgemeinen Auseinandersetzungen zu der Frage übergehen, wie sich eine ärztliche Ethik zur Psychotherapie und Psychohygiene verhält, so müssen wir zugeben, dass in dieser Beziehung einige wichtige Probleme vorliegen. Die Psychotherapie hat im Interesse des Klienten allerlei psychische Agentien anzuwenden. Sie sind mannigfaltiger Natur. Nur einen Theil der Psychotherapie bildet die in neuerer Zeit studirte Hypnose. Es haben aber die Forschungen über die Hypnose dazu den Anlass gegeben, überhaupt den psychischen Einflüssen bei Krankheiten in theoretischer und practischer Beziehung etwas mehr Aufmerksamkeit zu widmen, als das früher der Fall war. So führte das Studium der Hypnose weiter zu der Erörterung der Suggestion, und es zeigte sich, dass viele Heilmittel, bei denen man früher eine chemische oder physische Wirksamkeit annahm, in Wirklichkeit nur suggestiv wirkten. Aber es sind noch zahlreiche andere Hilfsmittel, deren die Psychotherapie nicht entbehren kann, vorhanden. Oft genug wird sie sich zur Belehrung und Aufklärung des Patienten wenden, mitunter wird sie die Erregung von Furcht als therapeutisch wünschenswerth betrachten, wobei aber die Ethik sehr genau zu berücksichtigen ist. Ein anderes Mal wird man auf das Erwecken von Hoffnungen Gewicht legen, ohne hierbei direct an die Suggestion zu appelliren. In einem weiteren Fall wird man eine Täuschung des Klienten für wünschenswerth ansehen. Vielfach wird man auch die Beschäftigung und Zerstreuung des Patienten als ein Mittel zu seiner Genesung betrachten.

Aber man wird auch nicht bestreiten können, dass sich vom Standpunkt der Ethik gegen manche therapeutische psychische Mittel Einwände erheben lassen und thatsächlich bereits erhoben wurden. Die Einwände sind mehrfacher Natur.

Als ersten wollen wir den betrachten, dass es standesunwürdig und unwissenschaftlich sei, dieses oder jenes Heilmittel anzuwenden. Die Begriffe unstandesgemäss und unwissenschaftlich

hängen eng miteinander zusammen, da sehr oft ein Mittel den Character des Unstandesgemässen erhält, wenn es mit Recht oder Unrecht als unwissenschaftlich hingestellt wird. Dass nun solche Einwendungen gegen bestimmte psychische Heilmittel erhoben wurden, dafür will ich als einen kleinen Beleg das erwähnen, was der Berliner Kliniker E w a l d gegen die Suggestionsbehandlung sagte: „Ich möchte mich gegen einen Ausdruck wenden, die Bezeichnung der Suggestion als ärztliche Behandlung. Dagegen muss ich ganz entschieden protestiren. Eine ärztliche Behandlung ist das nicht. Zu einer ärztlichen Behandlung gehört doch ärztliche Kunst und ärztliches Wissen. Aber etwas, was jeder Schäferknecht machen kann, was jeder Schuster und Schneider machen kann, wenn er nur das nöthige Selbstvertrauen besitzt, das kann man doch nicht mit dem Namen ärztliche Behandlung belegen. Das ist eben nichts weiter als ein Versuch . . . ., von dem ich aber nicht meine, und ich glaube auch im Interesse von Aerzten nicht meinen darf, dass er mit dem Namen der ärztlichen Behandlung versehen werden kann." Ob Herr E w a l d heute noch so denkt, weiss ich nicht.

Jedenfalls aber muss man die Frage des Unstandesgemässen oder Unwissenschaftlichen berücksichtigen, obwohl Standespflichten und ethische von einander zu trennen sind, ja oft genug miteinander in Conflict kommen. Da wir heute keine politischen Stände haben, so erstreben die Standespflichten häufig nur eine gesellschaftliche oder materielle Hebung einer Bevölkerungsklasse. Wenn dieses Streben auch berechtigt ist, so kann dabei doch ein Conflict mit ethischen Pflichten entstehen.[3]) Nach meiner Ueberzeugung wird man unter allen Umständen, wenn man die Behandlung des Klienten übernommen hat, den Einwand des Unstandesgemässen als einen minderwerthigen betrachten müssen, gegenüber der Pflicht, nach besten Kräften für die Gesundheit des Klienten zu sorgen. Wer Standespflichten vor die Pflichten gegen den Klienten stellt, hat das Recht, die Behandlung abzulehnen, nie und nimmer aber ist er berechtigt, die Pflicht gegen den in Behandlung befindlichen Klienten der Standespflicht zu opfern.

Gegenüber der Behauptung, dass die Psychotherapie oder be-

[3]) Für die weiteren Ausführungen über diesen Punkt verweise ich auf mein Buch Seite 366 ff.

stimmte Zweige derselben, unwissenschaftlich seien, ist im Gegentheil einzuwenden, wie ich hier noch bemerke, dass sie oft genug die einzig wissenschaftliche Behandlungsmethode darstellt. Wenn Jemand von der Vorstellung beherrscht ist, dass er seine Beine nicht bewegen kann und die Macht dieser Vorstellung eine hysterische oder psychische Lähmung erzeugt, so ist das einzig Logische bei der Behandlung, dass man diese Vorstellung zu entfernen und die entgegengesetzte Vorstellung an deren Stelle zu erzeugen sucht. Jedenfalls ist dies mindestens ebenso wissenschaftlich wie wenn man einen solchen Patienten mit kaltem oder warmem Wasser behandelt, ihn der electro-magnetischen Behandlungsmethode oder andern physischen oder auch chemischen Proceduren unterwirft, da einstweilen noch nicht feststeht, wie sich diese in Vorstellungen umsetzen. Nur wenn ich annehme, dass z. B. die electro-magnetische Behandlung suggestiv wirkt, ist sie logisch und wissenschaftlich in unserem Falle berechtigt; sonst steht sie nicht höher als die Behandlung in Lourdes.

Wenn man das Standesgemässe oder das sogenannte Wissenschaftliche als Maassstab für des Arztes Handlungsweise betrachtet, so wird man sich noch weit eher überlegen müssen, ob nicht gewisse, heute allgemein durch das Publicum geforderte Maassnahmen etwas Unstandesgemässes darstellen. Hierher rechne ich besonders einen Theil der ärztlichen Consilien, zu deren Besprechung ich eine kleine Abschweifung machen muss.

Viele Consilien sind im Interesse des Patienten nothwendig. Nicht nur ist bei einer unklaren Diagnose die Zuziehung eines in dem betreffenden Fach erfahrenen Specialisten wünschenswerth, sondern es wird auch oft der Heilplan durch eine Aussprache zwischen mehreren Aerzten günstig beeinflusst. Nun giebt es aber eine grosse Zahl von Consilien, die lediglich deshalb stattfinden, weil der Patient oder vielmehr dessen Angehörige die Zuziehung eines anderen Arztes wünschen. Sie haben zu dem behandelnden Arzt nicht das rechte Vertrauen, obwohl sie ihm die Pille mit Redensarten zu versüssen suchen. Wenn nun der behandelnde Arzt in solchem Falle durch Angehörige gezwungen wird, beispielsweise bei einer klaren typischen Lungenentzündung oder bei gewöhnlichen Masern einen anderen Arzt zuzuziehen und dies lediglich die Folge mangelhaften Ver-

trauens ist, so wird man immerhin die Frage aufwerfen können, ob nicht hierin, d. h. in der Einwilligung zu einem solchen Consilium oder in der Theilnahme daran eine unstandesgemässe Handlungsweise liegt, da ja ein Nutzen nach keiner Richtung für den Patienten erwartet wird. Ich behaupte etwa nicht, dass die Einwilligung des Arztes in solchem Falle unstandesgemäss ist. Nur sollten diejenigen Aerzte, die in der Suggestionsbehandlung etwas Unstandesgemässes oder Unwissenschaftliches erblicken, sich ernstlich die Frage vorlegen, ob nicht ein Vorwurf weit eher in dem Falle der eben genannten Consilien zu erheben ist. Etwas anders läge der Fall schon dann, wenn das Consilium einem psycho-therapeutischen Zwecke dient, z. B. die trostlose und traurige Stimmung eines an unheilbarem Carcinom Darniederliegenden aufrichten soll. Hier wird sich der Arzt zwar sagen müssen, dass er für den Körper des Kranken von dem Consilium keinen Nutzen erwartet, wohl aber für die seelische Verfassung. Wenn das Publicum in dem zuletzt erwähnten Fall ernstlich erwartet, dass die zugezogene Autorität anders als psychisch wirkt, so täuscht es sich. Ich bestreite auch hier nicht das Recht aus solchen psychologischen Gründen das Consilium abzuhalten. Wenn ich dieses aber als sittlich erlaubt betrachte und nicht als unstandesgemäss bekämpfe, so wird man unter demselben Gesichtspunkt die Anwendung anderer psychischer Heilmittel zugestehen müssen. Dies ist um so nothwendiger, als die beim Consilium vom Publicum geforderte Autorität oft genug thatsächlich gar keine Autorität für die zu behandelnde Krankheit ist, vielmehr nur durch die mangelhafte Logik des Publicums irrthümlich hierfür gehalten wird. Ein Theil dieser zugezogenen Autoritäten hat nämlich seinen wissenschaftlich sehr wohl begründeten Ruf durch anatomische oder andere theoretische Forschungen gewonnen. Solche Forschungen haben aber vielfach keine unmittelbare Beziehung zur Behandlung der betreffenden Krankheiten, und deshalb ist es dann verkehrt, einen solchen Mann als eine ärztliche Autorität auf dem Gebiete der betreffenden Krankheit anzusehen. Ja es sind in vielen Fällen die tüchtigen practischen Aerzte weit höhere ärztliche Autoritäten, als diese Gruppe wissenschaftlicher Forscher, die man irrthümlich für grosse Aerzte hält. Es kommt weiter hinzu, dass manche für Autoritäten gehaltene Personen überhaupt nichts derartig

Bedeutendes geleistet haben, um als Autoritäten gelten zu können. Aber in Folge einer geschickten Selbstinscenirung haben sie es verstanden, das Publicum und manchmal auch die Aerzte glauben zu machen, dass sie grosse Geister sind. Die Hauptleistung dieser Gruppe von Persönlichkeiten besteht aber, wie ein geistvoller Gelehrter sich ausdrückte, darin, als Autoritäten angesehen zu werden, ohne etwas geleistet zu haben. Ich will noch erwähnen, dass manche Consiliarärzte, die wirklich ärztliche Autoritäten sind, trotzdem ganz zwecklos zugezogen und noch zweckloser in ihrer Sprechstunde aufgesucht werden, da sie oft viel zu sehr beschäftigt und überlastet sind, um die Zeit und Geduld für den einzelnen Kranken aufwenden zu können, die nothwendig ist. Denn Hellseher sind auch diese Herren nicht. Mit einer kleinen Aenderung der Worte eines französischen Autors, kann man auf einen grossen Theil der vom Publicum verlangten Consilien sagen: Wenn man darüber lacht, dass zahlreiche Leute heute zu Curpfuschern gehen, oder sich gesundbeten lassen wollen, dann sehe man immer erst den Lachenden an, der zu dem berühmten Geheimrath X geht, nachdem ihm seine Morgenzeitung mitgetheilt hat, dass Herr Geheimrath X soeben von einer Consultationsreise zu Seiner Durchlaucht dem Fürsten Y zurückgekehrt ist.

Selbstverständlich gelten die letzten Ausführungen, wie ich um Missverständnissen vorzubeugen, nochmals bemerke, nur von einem Theil der ärztlichen Consilien. Ich habe ja bereits vorher erwähnt, dass aus psychologischen Gründen manche Consilien nothwendig oder durch die körperliche Behandlung des Patienten gerechtfertigt sind. Immerhin wäre es doch wünschenswerth, dass das Publicum etwas über den Begriff der Autorität aufgeklärt würde, damit man nicht immer wieder einen um die theoretische Medicin hochverdienten Mann mit einer ärztlichen Autorität verwechsle. Es wäre nothwendig, dass vollständig beim Publicum der Unterschied zwischen der wissenschaftlichen Autorität und der ärztlichen Autorität durchdringe. Das Publicum soll wissen, dass ein tüchtiger practischer Arzt in zahllosen Fällen eine weit höhere ärztliche Autorität darstellt, als der Geheime Medicinalrath oder ordentliche Professor X.

Vom Standpunkt der Praxis wird dann noch als weiterer Einwand gegen die Psychotherapie erhoben, dass sie nur vorüber-

gehende Erfolge zeitige. Dem gegenüber muss allerdings hervorgehoben werden, dass dies für viele Fälle zutrifft; aber wir haben festzuhalten, dass bei chronischen Krankheiten, und insbesondere bei Fällen von Constitutionsanomalie viele Erfolge nur vorübergehender Natur sind, mag es sich um chemische, physicalische oder psychische Mittel handeln. Jedenfalls werden wir in einer psychischen Heilmethode, derjenigen, die das erzieherische Moment in den Vordergrund stellt, bei manchen Affectionen die Quelle dauernden Nutzens häufiger finden, als in der ausschliesslichen Behandlung mit Drogen oder dergleichen.

Als Einwand, der vom Standpunkt der Ethik Bedeutung hat, gilt der, dass die Psychotherapie gefährlich sei, z. B. die Hypnose, die Erregung von Schreck oder Furcht. Zweifellos wird man in dieser Hinsicht, was z. B. den Schreck betrifft, mehr als vorsichtig sein müssen. Was aber die angeblichen Gefahren der Hypnose angeht, so gehören diese, wenn man sich aller schreckhaften Suggestion entäussert, und sich der von der ärztlichen Kunst geforderten Vorsichtsmaassregeln bedient, ebenso in das Bereich der Märchen, wie manches andere. Und es sind selbst die Gefahren der unvorsichtig ausgeführten Hypnose immer noch geringer, als die Gefahren, denen die Patienten durch zahlreiche andere Maassregeln ausgesetzt werden; ich brauche nur an die Castrationen zu erinnern, die gegen die Hysterie von Frauen eine Zeit lang fast epidemisch ausgeführt wurden.

Als ein gewichtiger Einwand gegen die Zulässigkeit mancher psychischen Heil- oder Hilfsmittel in der Medicin lässt sich jedoch der erheben, dass sie an sich unsittlicher Natur sind. So ist z. B. gegen die Verwendung der Hypnose ein derartiger Einwand erhoben worden. Man hat ernstlich behauptet, sie dürfte nicht angewendet werden, weil sie den Menschen zu einem willenlosen Werkzeug herabwürdige. Dabei vergisst man, dass bei jeder Chloroformnarcose der zu Operirende ein willenloses Object wird. Ein weiterer Einwand, der sich auf die Sittlichkeit des angewendeten psychischen Heilmittels bezieht, käme dann in Frage, wenn es sich um eine Täuschung des Klienten handelt. Da die Lüge etwas Unsittliches ist, so würde auch die Täuschung etwas Unsittliches darstellen.

Ich will zunächst bemerken, dass die Täuschung des Klienten nicht so oft nothwendig ist und so oft zu geschehen braucht, wie

einzelne Laien annehmen. Für die ethische Beurtheilung unterscheide ich hierbei ziemlich streng zwei Fälle, erstens den, wo der Klient den Arzt lediglich als Gutachter aufsucht, und zweitens den, wo er von ihm Behandlung erbittet. Was den ersteren betrifft, so nehmen wir folgenden Fall aus meiner Praxis.

Es kommt ein Herr zu mir und theilt mir ungefähr folgendes mit: „Sie haben mich vor längerer Zeit behandelt. Ich komme heute zu Ihnen, nicht um mich von Ihnen behandeln zu lassen, sondern lediglich um von Ihnen ein Urtheil zu erfahren, wie mein Gesundheitszustand beschaffen ist, ob insbesondere nach ärztlicher Erfahrung meine Lebensdauer nur noch auf kürzere Zeit, sagen wir auf ein oder zwei Jahre zu bemessen ist. Ich fühle mich seit mehreren Monaten angegriffen, habe allerlei Beschwerden und muss über meinen Gesundheitszustand aus Rücksicht für meine Familie Klarheit gewinnen. Ich besitze ein ansehnliches Capital, das aber in ein Geschäft hineingesteckt ist, dessen geistiger Leiter ich allein bin, obschon ich einen Compagnon besitze. Ich kann das Geld, wenn mein Leben innerhalb kurzer Frist bedroht ist, jetzt im Laufe eines Jahres aus dem Geschäft herausziehen und dadurch für meine Angehörigen sorgen. Würde hingegen das Capital nach meinem Tode noch im Geschäft bleiben müssen, so riskire ich, dass es ganz verloren ist, weil mein Compagnon nicht in derselben Weise Bescheid weiss, wie ich. Aus diesem Grunde wünsche ich über meinen Gesundheitszustand Klarheit zu erhalten."

Hat der Arzt, wenn ihn in dieser Weise ein ihm als ernst bekannter Mann fragt, das Recht, ihm eine nahe Lebensgefahr zu verschweigen? Meiner Ueberzeugung nach nicht. Und so würde sich eine ganze Reihe von Fällen finden lassen, wo der Arzt lediglich als privater Gutachter, nicht aber als behandelnder Arzt um Rath gefragt wird, und in diesen Fällen ist es die Pflicht des Arztes, entweder unzweideutig vorher zu erklären, dass er sich auf eine derartige private Gutachterthätigkeit nicht einlasse, oder das Gutachten wahrheitsgemäss auszustellen. Freilich wird es die eine oder andere Ausnahme geben. Er wird überlegen, ob der Klient die Wahrheit sagt, oder ob er nur Klarheit haben will, um sich, wie es gleichfalls in ähnlichen Fällen vorgekommen ist, das Leben zu nehmen, sobald ihm die Gewissheit wird, dass er ein unheilbares Leiden hat; die Bewahrung vor dem Selbstmord

wäre dann die höhere Pflicht. Wenn aber der Patient aus anderen ernsten Gründen Klarheit über seinen Zustand erhalten will, so hat ihm der Arzt unter der genannten Voraussetzung die Wahrheit zu sagen.

Wesentlich schwieriger wird die Frage der Täuschung oder eines anderen sittlich anfechtbaren Heilmittels dann liegen, wenn es sich nicht um eine Begutachtung, sondern um die Behandlung des Klienten handelt. Hier tritt für den Arzt der Conflict ein: einerseits soll er das beste für den Kranken thun, was im Interesse seiner Gesundheit geschehen kann, und andererseits soll er keine unethischen Heilmittel anwenden.

Wir haben hier aber festzuhalten, dass es in der Wirklichkeit nicht so zugeht, wie in der Moraltheorie, dass wir in Wirklichkeit nicht unsittliche und sittliche Mittel scharf von einander trennen können. Es wird vielmehr eine Handlung in vielen Fällen dadurch sittlich, dass sie einem sittlichen Zweck dient. Wer hierin etwa die verwerfliche Jesuitenmoral finden will, mag dies thun; in praxi geht es nicht anders zu machen. Man wird sich höchstens sagen können, dass man vom practischen Standpunkt aus gewisse Handlungen als so absolut unsittlich ansehen kann, dass sie durch keinen noch so sittlichen Zweck statthaft werden, d. h. man wird also das Wort, der Zweck heiligt die Mittel, nicht auf jedes Mittel anwenden dürfen. Wenn wir aber bedenken, dass sogar eine Handlungsweise, die wir doch alle als eine tief unsittliche zu verabscheuen geneigt sind, der Meuchelmord, von Schiller im Wilhelm Tell verherrlicht wurde, so wird man ersehen, wie verschieden die Grenzen sind, innerhalb deren sich der einzelne bei der practischen Durchführung des Wortes, der Zweck heiligt die Mittel, bewegt. Von unserem Standpunkt aus aber können wir ruhig annehmen, dass gewisse Handlungen durch keinen ärztlichen Zweck zu sittlichen werden, d. h., dass wir sie als absolut unsittlich aus unserem Heilschatze verwerfen müssen. Andererseits werden wir uns aber bei anderen Mitteln, z. B. beim Recht zur Täuschung die Frage vorlegen müssen, ob die Täuschung etwas so absolut unsittliches darstellt, um grundsätzlich als Hilfsmittel des Arztes verworfen werden zu müssen. Und diese Frage werden wir nicht gut bejahen können, wenn wir uns wiederum nicht an die Moraltheorie, sondern an die Praxis halten.

Wir alle lernen zwar in der Kindheit, dass wir die Wahrheit sagen sollen, und dass die Lüge verboten sei. Sehen wir uns aber im Leben um, so finden wir, dass dieses Verbot nicht nur unzählige Male überschritten wird, sondern dass auch die Moral die Verletzung der Wahrheit nicht immer missbilligt. Ich will nur an die kleinen Lügen des alltäglichen Lebens erinnern, z. B. an den Fall, wo eine Anweisung an die Dienstboten ertheilt wird, die Herrschaft wahrheitswidrig als abwesend zu bezeichnen. Ich erwähne das Märchen vom Storch, die vielen Scherzlügen, das Jägerlatein, über das sich jeder amüsirt, ohne dabei die Empfindung zu haben, dass der andere unmoralisch handelt. Es giebt ferner Fälle, wo die zur Erreichung eines sittlichen Zweckes ausgesprochene Lüge höchstens von einigen Doctrinären als etwas Unsittliches angesehen wird. Man nehme den Fall, dass der Feind ins Land dringt und die Frau eines Offiziers von erregten feindlichen Soldaten gefragt wird, ob sich ihr Mann in einem bestimmten Hause befinde. Wenn die Frau die Auskunft verweigert, werden die Soldaten den Gesuchten ebenso finden, wie wenn sie die Wahrheit sagt. Ist es nun unethisch, wenn die Frau eine falsche Antwort giebt, das heisst, um den Feind irre zu leiten und ihrem Manne Zeit zur Flucht zu geben, lügt? Wer wird das ernstlich behaupten wollen?

Wenn wir daher sehen, dass die Täuschung nicht eine absolut unsittliche, sondern nur eine relativ unsittliche Handlungsweise darstellt, so werden wir erkennen, dass ihre gelegentliche Verwerthung durch den Arzt keineswegs grundsätzlich verworfen werden dürfte. Nur das glaube ich nochmals hervorheben zu müssen, dass man sich die grösste Beschränkung hierin aufzuerlegen hat, und dass man bei weitem in den meisten Fällen mit der Wahrheit in der Praxis durchkommt, ja dass in den meisten Fällen die Wahrheit dem Patienten gegenüber ein besseres psychisches Heilmittel darstellt als die Täuschung. Mit Recht erklärt H a l l e r v o r d e n, es müsse streng unterschieden werden zwischen objectiver Einwirkung und einer nur momentanen, dem Kranken wohlthuenden Empfindung. Diese letztere werde fälschlich oft aus Unkenntniss für die bessere gehalten, sie könne aber schädlich und ein Hinderniss der Heilung sein. Es wird selbst Fälle geben, wo man dem Todescandidaten und dem Geistekranken gegenüber ohne Unwahrheit auskommt. Sollte

es aber in dem einen oder anderen Falle nicht möglich sein, so würden die eben vom Standpunkt der practischen Ethik gegebenen Erörterungen für die ethische Einschätzung maasgebend sein.

Dass man jedenfalls die Rücksicht auf die Gesundheit des Klienten nicht über alle Forderungen der Ethik stellen darf, ist selbstverständlich. Vor mehreren Jahren stand ein Arzt vor Gericht, der zu therapeutischen Zwecken eine Patientin mit der Reitgerte geschlagen hatte. Es handelte sich um eine unfolgsame hysterische Frau, die laut schrie und tobte. Der Arzt glaubte, dass er im Interesse ihrer Gesundheit handle, wenn er sie schlüge. Dennoch war er zu dem Eingriff vom Standpunkt der Moral nicht befugt. Selbst wenn er von dem des formalen Rechts hierzu befugt gewesen wäre, müsste man ihn vom ethischen Standpunkt aus tadeln; denn er hat etwas angewendet, was ehrverletzend und deshalb als Abschreckungsmittel gegenüber einer erwachsenen Person zu verwerfen ist. Dass in dem Schlagen mit der Reitgerte eine Beeinträchtigung der Ehre liegt, wird wohl nicht gut bestritten werden können. Ein solcher Angriff auf die Ehre ist auch dann unsittlich, wenn der andere Theil in die Züchtigung eingewilligt hat. Wenn der Arzt glaubt, nur dadurch dem Patienten helfen zu können, dass er seine Ehre vernichtet, dann muss er von der Behandlung zurücktreten. Es ist besser die Patienten ungeheilt zu entlassen, als ehrverletzende Manipulationen vorzunehmen.

Ich habe im Vorhergehenden einige Einwände geprüft, die sich von der Ethik oder von anderen mit ihr eng zusammenhängenden Gesichtspunkten gegen bestimmte psychische Heilmittel erheben lassen oder auch erhoben wurden. Weit wichtiger aber als die thatsächlichen Einwände scheint mir in vielen Fällen die mangelhafte Berücksichtigung der Psychologie, die wir in der Medicin ebenso beobachten, wie in anderen Disciplinen.

Was z. B. die Justiz betrifft, so ist in neuerer Zeit mehrfach darauf hingewiesen worden, wie leicht bei Zeugen Erinnerungstäuschungen auftreten. Ich erwähne das Hineinexaminiren von Antworten und möchte ernstlich auf die Recognoscirungen hinweisen, auf die heute noch vor Gericht ein so grosses Gewicht gelegt wird, auch wenn ihre Zuverlässigkeit mit den elementarsten Anforderungen der Psychologie nicht in Einklang zu brin-

gen ist. Ich erinnere an den Ernst, mit dem bei Gericht die Aussagen von kleinen Mädchen und besonders auch von Prostituirten aufgenommen werden, obwohl alle, die die Psychologie der Prostituirten eingehend studirt haben, deren Verlogenheit als eine Haupteigenschaft bezeichnen. Aber auch die Medicin ist nicht ganz frei zu sprechen von der Anschuldigung, dass sie das psychische Moment oft genug noch vernachlässigt.

Die Psychologie lehrt uns die Einheitlichkeit des Menschen. Sie lehrt uns, dass der Mensch nicht ein Conglomerat von Organen ist, dass er vielmehr ein einheitliches Wesen darstellt. Dies wird aber gegenwärtig nicht hinreichend gewürdigt. Die ungeheuerliche Ausdehnung des Specialistenthums ist nur dadurch möglich geworden. Anstatt sich einem wohlwollenden, gewissenhaften Vollarzt, am liebsten dem Hausarzte anzuvertrauen, und ihm das Urtheil zu überlassen, ob ein Specialist nothwendig ist, sehen wir, dass in verblendeter Weise Tausende und Tausende nach eigenem Gutdünken den Specialisten aufsuchen, indem sie annehmen, dass eben jedes Organ für sich behandelt werden müsse. Die Rücksicht auf die Einheitlichkeit des Organismus geht hierbei verloren. Es wird nicht erwogen, welcher enorme psychische Schaden oft genug dabei bewirkt wird. Kinder und Frauen, die Monate hindurch Tag für Tag regelmässig zum Nasenarzt, zum Nervenarzt, Frauenarzt u. s. w. gehen, werden durch die örtliche Behandlung mitunter an ihrem Organ gebessert, aber psychisch so geschädigt, dass der an dem Organ herbeigeführte Nutzen in keinem Verhältniss mehr zu dem Schaden steht, den die Betreffenden dabei erleiden. Tag für Tag mit Kranken zusammen zu sein, und das Gefühl des Krankseins eingeimpft zu bekommen, muss auf die Dauer die Selbstbeherrschung und Widerstandsfähigkeit vernichten. Und deshalb können wir nur wünschen, dass die Lehre der Psychologie von der Einheitlichkeit des Menschen nicht nur bei den Aerzten, sondern auch beim grossen Publicum, dessen Beschränktheit zum grossen Theil das moderne Specialistenunwesen geschaffen hat, Einfluss gewinne.

Aber auch noch nach anderer Richtung muss der Psychologie grössere Bedeutung beigemessen werden. Es ist in den letzten Jahren allerdings vielfach anerkannt worden, dass dieses oder jenes Heilmittel, das man früher auf seine physische und che-

mische Wirksamkeit untersuchte, in Wirklichkeit nur suggestiv wirkt. Trotzdem bleibt in dieser Beziehung noch manches zu thun, obschon einige Heissporne heute vielleicht suggestive Einflüsse da annehmen, wo sie in Wirklichkeit nicht das eigentliche Agens sind. Wenn wir aber sehen, mit welchem heiligen Ernst manche Balneologen die Wirksamkeit der an ihrem speciellen Badeorte befindlichen Quellen erörtern, und zwar oft ohne den enormen psychischen Einfluss der ganzen Badereise zu erwähnen oder doch zu würdigen, so wird man unschwer erkennen, dass in dieser Beziehung noch manches geschehen kann.

Allzusehr wird auch auf jenem Gebiete, das man als die eigentliche Specialität der modernen Medicin betrachtet, auf dem der Hygiene, der Werth der Psychologie vernachlässigt, und dieser Umstand erscheint mir viel wichtiger, als die positiven Angriffe, die gegen die Psychotherapie oft genug gerichtet werden. Wenn wir die modernen hygienischen Bestrebungen betrachten und uns die Frage vorlegen, was die Zukunft einmal dazu sagen wird, so scheint es mir kaum zweifelhaft, dass sie mit demselben Hohn die Auswüchse der modernen Hygiene verurtheilen wird, wie wir manche Verirrungen der Vergangenheit. Mit Recht weist Ottomar Rosenbach auf die übertriebene Aengstlichkeit als Folge der modernen Hygiene hin. Die Angst wird heute durch doctrinäre Hygieniker künstlich in solchem Maasse gross gezogen und übertrieben, dass man sich ernstlich sagen muss, ob das Uebel, das diese Herren herbeiführen, nicht in manchen Fällen grösser ist, als das Gute, das sie bringen. Immer neue Wege entdeckt die Hygiene, auf denen der Ansteckungsstoff zu uns gelangen kann, und immer grösser wird dadurch die Furcht, eine Ansteckung zu erfahren. Wenn man jede Gelegenheit zur Ansteckung, die heute von den Bacterioscopen angegeben wird, vermeiden will, dann ist man von der menschlichen Gesellschaft und von allem, was das Leben überhaupt lebenswerth macht, ausgeschlossen. Nach den Lehren gewisser Hygieniker müsste man die Leihbibliotheken abschaffen und alle Bücher erst desinficiren. Das Telephon müsste fortwährend desinficirt werden, da das Hörrohr voller Bacillen sein soll; desgleichen dürften wir keine Spielkarten, die ein anderer in der Hand gehabt hat, anrühren. Als Eis dürfte man nur solches benützen, das aus sterilisirtem Wasser stammt. Messer,

Gabeln, Gläser, Teller, müssten nach jedem Gebrauch in eine Desinfectionsanstalt, wir müssten erst jedes Geldstück in fünfprocentige Carbolsäure legen. Der Bräutigam dürfte nicht die Braut, der Mann nicht die Frau, die Mutter nicht ihre Kinder küssen; denn nach jenen Lehren und Untersuchungen ist stets der Bacillus zu fürchten. Wer vorurtheilslos diese Lehren betrachtet, die heute allerdings weite Verbreitung gefunden haben, wird kaum bestreiten können, dass in diesen Fällen die vorgeschlagenen Mittel schlimmer sind, als die Uebel, die man beseitigen will. Man sperrt Leute mit Infectionskrankheiten ein, man sperrt die anderen von ihnen ab. Man sieht, wie Kinder lange Zeit von anderen abgeschlossen werden, die diese oder jene Infectionskrankheit durchgemacht haben. Wochen und Monate nach Ueberstehen der Krankheit findet noch eine planlose Abschliessung statt, die weder durch practische Erfahrungen noch durch theoretische Erwägungen, sondern höchstens durch doctrinärste Befürchtungen begründet ist. Gerade vom Standpunkt der Psychohygiene soll man den Bestrebungen der Bacterien-Monomanen einen Damm entgegenstellen.

Betrachten wir ferner die Erziehung der erblich belasteten Kinder. Der Begriff der erblichen Belastung hat allmählich eine solche Ausdehnung gewonnen, dass man bei einigem guten Willen fast jeden Menschen als erblich belastet ansehen kann. Man führe mir einige beliebig herausgegriffene Leute vor und lasse mich eingehende Nachforschungen über deren Vorfahren und andere Blutsverwandte machen, und ich werde nachweisen, dass mindestens 9 unter 10 erblich belastet sind, wenn ich alle die Momente als erblich belastend ansehe, die dafür gelten könnten. Nervenkrankheiten und Geisteskrankheiten, Trunksucht und Excentricität, Selbstmord, venerische Krankheiten und Tuberculose, allzu grosses Alter der Eltern oder ein zu grosser Altersunterschied oder Blutsverwandschaft derselben, grosse Religiosität und das Genie, Asthma und Rheumatismus und viele viele andere Momente werden als erblich belastend angesehen. Und da lege man sich die Frage vor, wo giebt es eine Familie, in der man nicht eines oder mehrere dieser Momente feststellen könnte! Die im Kern berechtigte Lehre von der erblichen Belastung hat aber in hygienischer Beziehung und gerade vom Standpunkt der Psychohygiene bereits zu den bedenklichsten Folgen geführt.

In einer stets zunehmenden Zahl von Fällen werden wir Aerzte, vielleicht besonders wir Nervenärzte heute gefragt, ob eine Heirath in diesem oder jenem Falle statthaft ist, ob bei den zu erwartenden Kindern eine Degeneration vorauszusetzen ist. Und wenn dann aus der Ehe Kinder hervorgegangen sind, so werden allerlei Befürchtungen wegen der Zufunft der Kinder geäussert. Sind sie etwas neuropathisch veranlagt, so wird bei ihnen oft genug ein Erziehungsregime eingeschlagen, das das Gegentheil einer verständigen und von der ärztlichen Ethik geforderten Erziehung darstellt. Auf Schritt und Tritt von den allzu ängstlichen Eltern beobachtet, bei jeder Gelegenheit vor Schaden behütet, wird das Kind verweichlicht, anstatt dass man ihm durch eine verständige psychische Hygiene die Widerstandskraft giebt, die für das Leben nothwendig ist. Da soll das Kind Vergünstigungen in der Schule erhalten, es soll einige Stunden dispensirt werden, mehrere Tage oder Wochen vor Beginn der Ferien mit den Eltern wegreisen, und man lockert die Disciplin der Schule, die gerade vom Standpunkt der Psychohygiene nothwendig ist.

Jedenfalls wäre es wünschenswerth, dass eine weit blickende psychische Hygiene an die Seite der Psychotherapie gestellt würde. Nicht eine Hygiene, wie sie heute vielfach geübt und empfohlen wird und die allerlei Schädlichkeiten und zwar zum Theil eingebildete Schädlichkeiten von dem Menschen fern halten will, sondern eine solche Hygiene, die die übertriebene Aengstlichkeit meidet, und damit die heutige, besonders aber die zukünftige Generation widerstandsfähig macht und die Kinder gross zieht zur Arbeit, zur nützlichen Thätigkeit im eigenen Interesse, im Interesse der Familie, des Staates und der Gesellschaft.

Referate und Kritiken.

Transactions of the American Dermatological Association at Its Twenty-Fifth Annual Meeting held in Chicago 1901. Official Report of the Proceedings. By Frank Hugh Montgomery, M.D., New York: Rooney & Otten Printing Co. 1902.

Der vorliegende Band zeigt auf's Neue, welche ausgezeichnete Arbeit auf dem wissenschaftlichen Gebiete von den Mitgliedern der Vereinigung Americanischer Dermatologen geleistet

wird. Der Inhalt ist ungemein reichhaltig und da es aus diesem Grunde unmöglich ist, die Einzelarbeiten alle hier auch nur zu berühren, und es andererseits eine Ungerechtigkeit wäre, nur einzelne Arbeiten hervorzuheben, so muss leider auf eine Besprechung des Inhaltes hier verzichtet werden. Dem Buche ist eine stattliche Reihe vorzüglich ausgeführter Illustrationstafeln beigegeben. Die Leistungen der Gesellschaft, wie sie sich aus dem vorliegenden Bande entnehmen lassen, sind aller Anerkennung werth.

Würzburger Abhandlungen aus dem Gesammtgebiet der practischen Medicin. Herausgegeben von Docent Dr. Joh. Müller und Prof. Dr. Otto Seifert. A. Stuber's Verlag (C. Kabitzsch). Würzburg 1902.

Seit unserer letzten Besprechung der Würzburger Abhandlungen ist Band II vollständig erschienen und Band III ist bereits mit zwei Heften in das Leben getreten. Es kamen folgende Themata zur Abhandlung: Band II, 8. Heft: *Pathogenese und Therapie der Gicht im Lichte der neueren Forschungen.* Von Docent Dr. H. Strauss, Berlin. 9. Heft: *Die ambulatorische Behandlung der Beinbrüche.* Von Docent Dr. J. Riedinger. 10. Heft: *Die Grundsätze der modernen Behandlung der Fibromyome des Uterus.* Von Prof. Dr. M. Hofmeier. 11. Heft: *Ursachen und Behandlung der Kehlkopfstenosen im Kindesalter.* Von Dr. J. H. Spiegelberg, München. 12. Heft: *Die Nothwendigkeit zahnärztlicher Schulung für den practischen Arzt und seine Einführung in die moderne Zahnheilkunde.* Von Docent Dr. Jessen, Strassburg. Band III, 1. Heft: *Die Magen-Darmkrankheiten im Säuglingsalter.* Von Docent Dr. Trumpp, München. 2. Heft: *Ueber Herzmuskellähmungen.* Von Prof. Dr. D. Gerhardt, Strassburg.

Die Betrachtung obiger Titel allein lässt schon erkennen, wie sehr die Herausgeber bemüht sind, die Würzburger Abhandlungen dem Bedürfnisse des Practikers anzupassen. Dass jedoch nicht nur die Themata richtig gewählt, sondern auch in trefflicher Weise bearbeitet wurden, dafür bürgen die Namen der Autoren, auch ohne dass wir die einzelnen Arbeiten einer gesonderten Besprechung unterziehen, wie wir überhaupt jede weitere Empfehlung der Würzburger Abhandlungen für überflüssig halten. Dieselben empfehlen sich selbst auf das Beste. Es soll hier nur nochmals auf den ungemein niedrigen Preis des einzelnen Bandes zu Mark 7.50 aufmerksam gemacht werden.

Merck's Index. II. Auflage. (Abgeschlossen Ende Juli 1902.)

Nach Ablauf von kaum 5 Jahren ist die 10,000 Exemplare starke erste Auflage von Merck's Index vollkommen ver-

griffen, so dass eine Neuauflage des Buches nöthig geworden ist. Für die vorliegende Neubearbeitung sind im Allgemeinen die gleichen Gesichtspunkte maassgebend gewesen, wie sie in der ersten Auflage zum Ausdruck gelangten, indessen hat der Inhalt des Werkes in mancher Richtung Erweiterungen erfahren, welche seine practische Brauchbarkeit ganz bedeutend erhöhen. Eine besondere Sorgfalt ist den Angaben über die chemischen und physicalischen Eigenschaften der Präparate gewidmet, wodurch dem Leser ein Urtheil über die Qualität der einzelnen Handelsartikel gestattet und die Auswahl für besondere Zwecke erleichtert wird. Den gleichen Zweck verfolgen auch die besonders reichlich angebrachten Notizen über die technischen Verwendungsarten der einzelnen Stoffe, sowie die Aufnahme der wissenschaftlichen Bezeichnungen und sonstigen Synonyme in alphabetischer Reihenfolge. In medicinischer Hinsicht wurden nicht nur die neuen pharmacotherapeutischen Errungenschaften der letzten Jahre berücksichtigt, sondern auch die Dosirungen, namentlich die Maximaldosen, auf das Sorgfältigste revidirt, und ist den neuesten Indicationen der Arzneimittel nach Möglichkeit Rechnung getragen worden. Der Abschnitt „Reagentien" hat durch Angaben über die specielle Verwendungsweise der einzelnen Präparate ebenfalls einen erheblichen Zuwachs erhalten. Wer sich über irgend eines der modernen Arzneipräparate rasch orientiren will, wird in Merck's Index den zuverlässigsten Rathgeber finden, Dank der peinlichen Sorgfalt, mit welcher derselbe ausgearbeitet wurde.

Sammlung stereoscopischer Aufnahmen als Behelf für den theoretisch-practischen Unterricht in der Geburtshilfe. Von Dr. Ludwig Knapp. Verlag von Seitz & Schauer. München.

Es war ein glücklicher Gedanke Knapp's, die verschiedenen Kindeslagen und Einstellungen, sowie gewisse pathologische Beckenformen und einzelne geburtshülfliche Eingriffe mittels stereoscopischer Bilder zur Anschauung zu bringen. Wenn es sich auch hier vorerst um den ersten Versuch in dieser Richtung handelt, so kann derselbe nichtsdestoweniger schon als gelungen bezeichnet werden. Die 28 stereoscopischen Bilder, aus denen der kleine Atlas besteht, dürften die davon berührten Geburtsvorgänge um vieles besser erklären und verständlich machen als viele Seiten lange Beschreibungen.

Luftreinheit, aseptische und atoxische Behandlung der Lungen zur Bekämpfung der Tuberculose. Von Dr. med. W. Zeuner. Verlag von August Hirschwald. Berlin 1903. 83 S.

Das kleine Schriftchen weist darauf hin, dass die Disposition

zur Schwindsucht meistentheils als eine höchst chronische, minimale Kohlensäurevergiftung und als ein ebensolcher Sauerstoffmangel der Lungen aufzufassen ist. Alles wird darauf ankommen, den Nährboden für den Tuberkelbacillus und für die Coccen der Mischinfectionen in unserem Organismus möglichst unangreifbar zu machen, so dass die Bacterien in den Zustand der erzwungenen Latenz versetzt werden. Die immensen Schädlichkeiten, welche der verbrauchten Luft in den Schlafräumen innewohnen, belehren uns nachdrücklichst über den engen Zusammenhang zwischen Athemluft und Tuberculose. Aseptische und atoxische Behandlung der Lungen muss daher unser Ziel sein. Die Arbeit ist im Ganzen recht lesenswerth. Der Theil derselben, der von einer Tuberculosebehandlung mittels Chloroform handelt, wäre besser weggeblieben, da er mit dem Thema absolut nichts zu thun hat und auch sonst hinsichtlich der Begründung anfechtbar ist.

Die Krankheiten der Verdauungsorgane im Kindesalter. Für Aerzte und Studirende. Von Dr. Ernst Schreiber. A. Stuber's Verlag (C. Kabitzsch). Würzburg 1902.

Die Erkrankungen der Verdauungsorgane spielen neben den Infectionskrankheiten im Kindesalter die wichtigste Rolle, daher eine gesonderte, über den Raum, der ihnen gewöhnlich in den Lehrbüchern der Kinderkrankheiten zugewiesen ist, hinausgehende Beschreibung recht wohl am Platze war. Es ist dem Verf. gelungen, eine eingehende Darstellung der Erkrankungen der Verdauungsorgane im Kindesalter zu geben, ohne sich dabei in theoretische Erörterungen zu verlieren. Da das Buch in erster Linie dem practischen Bedürfnisse des Arztes dienen soll, so ist darin das Hauptgewicht auf Diagnose und Therapie gelegt. Das Buch kann bestens empfohlen werden.

Die Krankheiten des Ohres und deren Behandlung. Von Dr. Arthur Hartmann in Berlin. Siebente, verbesserte und vermehrte Auflage. Mit 67 Abbildungen. Verlag von Fischer's med. Buchhandlung (H. Kornfeld). Berlin 1902. 323 S. Preis M. 7.50.

Das Hartmann'sche Lehrbuch der Ohrenheilkunde ist nunmehr in siebenter Auflage erschienen. Dieselbe weist der früheren Auflage gegenüber entsprechend den Fortschritten und Errungenschaften auf dem Gebiete der Ohrenheilkunde in der neueren Zeit eine grosse Anzahl von Aenderungen und Ergänzungen auf. Mehrere neue Behandlungsmethoden sind darin aufgenommen worden, so die Siebenmann'sche Phosphorbehandlung der Sclerose und die Behandlung des Ohrensausens durch Verf. mit Adrenalin. Als besondere Capitel wurden hinzugefügt: die Schwerhörigen in der Schule, die Begutachtung

von Ohrenkranken, die Militärdienstfähigkeit Ohrenkranker. Es ist kein Zweifel, dass auch die siebente Auflage dieselbe günstige Aufnahme finden wird wie die früheren.

Operations-Vademecum für den practischen Arzt. Von Dr. Edmund Leser. Mit 84 zum Theil farbigen Abbildungen. Zweite vermehrte und verbesserte Auflage. Verlag von S. Karger. Berlin 1902. 186 S. Preis M. 5.

Auch das Leser'sche Operations-Vademecum, über welches wir bei einer früheren Gelegenheit schon günstig berichten konnten, ist nach ganz kurzer Zeit in 2. Auflage erschienen, die verschiedene Verbesserungen aufzuweisen hat. Neu hinzugekommen ist, abgesehen von einzelnen Eingriffen, eine kurze, jeder Operation vorangestellte Aufzählung der unbedingt nothwendigen Instrumente. Weggelassen wurde in der neuen Auflage die Beschreibung der Resectionen. Verf. theilt im Vorwort mit, dass bei der ersten Auflage vielfach gerügt worden sei, dass dieselbe zu viele aus anderen Büchern entnommene Abbildungen enthalte, und er ist daher erfreut, dass es ihm möglich war, in der neuen Auflage, abgesehen von acht Bildern, sämmtliche Abbildungen durch originelle Figuren zu ersetzen, welche zum grössten Theile nach Photographien an Lebenden und an der Leiche hergestellt sind. Wir möchten jedoch diese Aenderung hinsichtlich der Abbildungen nicht gerade als eine Verbesserung bezeichnen, da die meisten, wenn nicht alle der nach Photographien hergestellten Abbildungen undeutlich und wenig anschaulich sind. Man betrachte nur die Abbildung auf Seite 178. Wenn unter derselben auch zu lesen ist: Man erkennt deutlich die Lumina der grossen Gefässe, so sind dieselben doch eher alles andere als deutlich zu sehen. Der Vermerk: man erkennt deutlich etc findet sich übrigens noch unter mehreren anderen Abbildungen, und sollte wohl dadurch von Seiten des Verf., der sich der Mängel der Abbildungen wohl bewusst war, eine Art von Suggestion auf den Beschauer ausgeübt werden, leider vergeblich. Bei einer abermaligen Neuauflage, die jedenfalls nicht lange auf sich warten lassen wird, können vielleicht diese Uebelstände bezüglich der Abbildungen beseitigt werden. Was das Buch sonst anbelangt, so können wir nur unser Lob, das wir bei der Besprechung der ersten Auflage demselben gespendet haben, auch betreffs der 2. Auflage wiederholen.

SITZUNGSBERICHTE.

Wissenschaftliche Zusammenkunft Deutscher Aerzte in New York.

19 Ost 47. Strasse.

Sitzung vom 25. April 1902.

Vorsitzender: Dr. F. Torek.

Vorstellung von Patienten.

1) Dr. A. Jacobi: Fall von ungleichmässiger Entwicklung beider Körperhälften bei einem Kinde. Dieses Kind ist 6 Monate alt und das dritte Kind der Mutter. Es weist zwischen den Grössenverhältnissen der beiden Körperhälften Differenzen auf, die sich bis zu 1½ cm erstrecken. An dem Kinde wurde schon frühzeitig bemerkt, dass der eine Fuss kürzer war als der andere. An dem gut entwickelten und intelligenten Kinde sind nun folgende Differenzen wahrnehmbar: Die linke Glutaealfalte steht ⅓ cm höher als die rechte, das linke Knie 1¼ cm höher als das linke, die ganze rechte untere Extremität ist um 1¼ cm länger als die andere. Auch der rechte Arm ist entschieden länger als der linke.

Discussion. Dr. Rudisch: Ich erinnere mich eines Falles, in welchem die eine Hand grösser war als die andere. In diesem Falle war meines Wissens die betreffende Differenz eine angeborene, nicht erworbene.

2) Dr. Pisko. Fall von totaler Alopecie im Anschluss an eine heftige Gemüthsbewegung bei einer Frau. Mrs. M. ist die Frau eines Arztes, 37 Jahre alt, hier geboren, vollständig gesund und hat zweimal geboren; beide Kinder sind gesund. Vor mehr als 2 Jahren hatte sie einen heftigen Auftritt mit ihrem Manne, der zur Folge hatte, dass Pat. ihren Mann verliess, und seit diesem Tage bemerkte Pat., dass die Kopfhaare rapide ausfielen; der Process vollzog sich in wenigen Tagen gleichzeitig an der Kopfhaut, Augenbrauen und Augenwimpern. Das Ausfallen der Axelhaare, der Schamhaare und der Haare entlang der Extremitäten vollzog sich ganz unbemerkt. Alles was sie darüber weiss ist nur, dass sie eines schönen Tages ausfand, dass sie am ganzen Körper auch nicht ein einziges Haar hatte. So ist der Zustand auch heute — die Entstellung ist eine derartige, dass eine vor Jahren genommene Photographie absolut nicht als die der Pat. zu erkennen ist. Die einzige Veränderung die sich seit der Vorstellung der Pat. bis zum heutigen Datum (10. Dezember) zugetragen hat, ist eine recht unangenehme; es ist nämlich ein das ganze Gesicht umrahmender Bart gewachsen, Lanugohaare von ½—¾ cm Länge, einige Haare entlang den Unterschenkeln, einige Schamhaare und fünf 1 cm lange Haare auf der

Kopfhaut. Die von mir geplante Behandlung mit Pilocarpin (subcutan) verträgt Pat. nicht, sie bekam im Ganzen 2 Einspritzungen. Ich gebe ihr Roborantia und local eine 5proc. Carbolsalbe mit Tct. Cantharidis und Tct. Capricum.

Discussion. Dr. A. Jacobi: Erscheint Dr. Pisko die Angabe der Frau, dass sie in Folge des Streites mit ihrem Manne die Haare verloren hat, glaubhaft oder nicht? — Dr. Pisko: Ich finde ihre Angaben glaubhaft, da sich keine andere Ursache für den Haarausfall finden lässt. — Dr. A. Jacobi: Die Frau machte mir soeben nähere Angaben über die Art des Streites mit ihrem Manne. Sie war zur betr. Zeit im Wochenbette, ihr Mann trank fortwährend und war einmal so betrunken, dass er über das Bett der Frau fiel und nahe daran war, das Kind umzubringen. Die Frau hat dann, wie sie sagt, entsetzlich unter diesem Vorfall gelitten. Mir scheint auch die Kopfhaut atrophisch zu sein. Ich glaube auch, dass die Gemüthserschütterung, von welcher die Frau berichtet, genügende Ursache ist für die bedeutende Störung, welche die Frau aufweist. Neulich sah ich einen Fall von Basedow mit Herzerscheinungen schwerster Art, Dilatation und Hypertrophie, Exophthalmus. Die Frau ist zur Zeit 44 Jahre alt und ihre Krankheit dauert jetzt gerade 11 Jahre. Ueber die Entstehung des Leidens giebt die Frau an, dass, als sie sich im Wochenbette befand, ihr Mann heimkam und den Coitus verlangte. Sie entsetzte sich über dieses Verlangen, wurde sehr aufgeregt, wehrte sich mit allen Kräften gegen den Mann und wurde schliesslich ohnmächtig. Von der Stunde an stellten sich bei ihr die Erscheinungen des Basedow ein, von welchem zuvor keine Spur vorhanden gewesen war. — Dr. Oberndorfer: Ich habe einen ähnlichen Fall von totaler Alopecie beobachtet. Derselbe betraf ein Kind, bei welchem angeborene Atrophie der Haarwurzeln und der gesammten Hautgebilde vorhanden war. Wenn man die Frau hier betrachtet, so findet man, dass die übrigen Hautgebilde gut erhalten sind; die Nägel sind nicht atrophisch und die Functionen der Haut sind normal. Man muss also annehmen, dass der in diesem Falle entstandene totale Haarverlust zweifellos bedingt wurde durch eine trophische Ursache. In diesem Falle ist vielleicht auch die Prognose nicht so absolut schlecht. — Dr. A. Jacobi: Ich möchte Dr. Pisko fragen, welche Therapie er in diesem Falle empfiehlt. — Dr. Pisko: Einspritzen von Pilocarpin. — Dr. A. Jacobi: Ich denke hier an zwei Heilmittel, einmal an Pilocarpin und dann an das Thyreoidextract. Ich glaube, es wäre der Mühe werth, letzteres ebenfalls zu versuchen. — Dr. Pisko: Die verschiedenen Fragen, die hier aufgeworfen wurden, hatte ich mir selbst schon gestellt, allein die Beantwortung derselben ist mir ebensowenig gelungen. Was die Behandlung betrifft, so wird die Frau zunächst die Pilocarpinbehandlung durchmachen. Ich habe das Pilocarpin in den

letzten Jahren bei drei Fällen von Alopecie angewandt und zwar in einem Falle mit ganz ausgezeichnetem Erfolge. Ich fing mit 2—3 Theilstrichen einer 2proc. Lösung an, von welcher ich bis zu einer ganzen Spritze anstieg.

3) Dr. John Guttman: Fall von Verhornung des rechten Ohrläppchens.

Discussion. Dr. Torek: Ich möchte bitten, dass Dr. Guttman uns beschreibt, wie der Fall bei seinem Entstehen ausgesehen hat, ob er sich an eine Verletzung oder Narbe angeschlossen hat, deren Folge dieser Verhornungsprocess ist. — Dr. Guttman: Die Verhornung hat nur sehr langsam und allmählich zugenommen. Ohrringe hat die Patientin seit ihrer Kindheit nicht mehr getragen. — Dr. Oberndorfer: Ich glaube, dass es sich um ein gewöhnliches Cornu cutaneum handelt. — Dr. Guttman: Ich werde die verhornte Partie exstirpiren und Ihnen später über die Zusammensetzung derselben berichten. Vielleicht wäre es noch angezeigt, zuvor noch andere Medicamente zu versuchen, so z. B. das vielgerühmte Thiosinamin.

Vorzeigen von Präparaten.

Dr. Rudisch demonstrirt das Präparat eines Lungentumors. Es handelte sich um ein grosszelliges Sarcom der linken Lunge mit Verjauchung. Der Tumor war durch die Intercostalräume hindurchgewachsen. Metastasen waren ausgenommen in den Axillar- und Bronchialdrüsen nicht vorhanden. Die rechte Lunge war vollkommen gesund.

Dr. Torek: Es giebt in solchen Fällen einige Punkte, die bei der Diagnose irre führen können, so das Vorhandensein von Schmerz und das Wechseln der Recurrenslähmung hinsichtlich der Stärke der von ihr ausgehenden Erscheinungen. Man findet ferner die Achseldrüsen bei einem malignen Tumor des Thorax zuweilen grösser, zuweilen auch wieder kleiner; dies lässt sich erklären, wenn man daran denkt, dass sich zu solchen Tumoren entzündliche Erscheinungen hinzugesellen. Was die Abwesenheit von Husten betrifft, kann ich sagen, dass ich schon Fälle von Pleuracarcinom gesehen habe, bei welchen kein Husten vorhanden war. Aber es handelte sich hier um reine Pleuracarcinome, ohne dass zugleich die Lunge afficirt war. — Dr. Rudisch: Röntgenaufnahmen verleiteten uns in diesem Falle zu der Annahme, dass noch etwas Lungensubstanz vorhanden wäre. Bei der Section zeigte sich aber, dass der Lichtschimmer bei den Röntgenbildern durch den weniger dichten Eiter hervorgerufen worden war. Das letzte Röntgenbild war etwa 3—4 Wochen vor dem Tode des Patienten aufgenommen worden. — Dr. Heimann: Ich erinnere mich auch eines Falles, in dem die Diagnose ebenfalls auf Lungentumor gestellt wurde und wo überhaupt kein Sputum vorhanden war. Es handelte sich um eine Metastase, um

Sarcom der Tibia. — Dr. Rudisch: Der Process machte uns zuerst den Eindruck, als ob es ein metastatischer wäre und der exstirpirte Hoden sei vielleicht sarcomatös erkrankt gewesen; allein bezüglich des letzteren Punktes hatten wir die bestimmten Angaben vom Deutschen Hospital, dass die Hodenerkrankung syphilitischer und nicht sarcomatöser Natur war.

Fälle aus der Praxis.

1) Dr. Libmann: Ich möchte über drei Fälle von offenbarer Maul- und Klauenseuche bei Kindern berichten. Die Kinder erkrankten mit Fieber und Verdauungsstörungen und nach 24 Stunden stellten sich die typischen Aphten auf Zunge, Lippen und den Händen ein.

2) Dr. A. Jacobi: Vorgestern wurde ein 16jähr. Kind in meine Sprechstunde gebracht, mit 3—4 mässig grossen Abscessen, die mit Eiter gefüllt und aufgebrochen waren. Die Abscesse hatten einen Durchmesser von ½—1 cm. Es hatten sich bei dem Kinde zuerst Abscesse auf der Wange gezeigt, als es 3 Monate alt war. Darnach trat eine Reihe von Verhärtungen auf bis zur Grösse einer Wallnuss, die die Neigung zu Erweichungen zeigten. Das Kind ist für sein Alter nicht gut entwickelt. Um was handelt es sich nun hier? Ich kann mir nur denken, dass es sich um eine chronische Septicopyaemie handelt. Dieser Fall beweist, wie lange solche Fälle im Körper vorhanden sein können, ohne tödtlich zu wirken. Die erste Infection ging vielleicht vom Nabel aus. Betreffs der Behandlung weiss ich nur einen Ausweg, nämlich den, dass man jeden einzelnen Abscess sorgfältig behandelt, drainirt etc., und dann dürfte das Kind noch Aussicht auf Genesung haben. — Dr. Rudisch: Ich hatte Gelegenheit, in Gemeinschaft mit Dr. A. Jacobi einen Fall von chronischer Pyaemie zu beobachten, der viele Monate hindurch dauerte und schliesslich wieder ganz gut wurde. Wenn diese Processe chronisch werden, sind sie gewöhnlich nicht so bösartig. — Dr. Ripperger: Ich möchte darauf hinweisen, dass dieser Fall vielleicht sehr geeignet sein dürfte zur Behandlung mit dem von Credé in die Therapie eingeführten löslichen Silber, mit dem Collargol, über welches die günstig lautenden Berichte sich immer mehren. Es ist durch zahlreiche Beobachtungen am Menschen sowohl wie durch Experimente am Thier festgestellt worden, dass das Argentum colloidale einen entschiedenen Einfluss auf septische Processe besitzt und zwar nicht nur puerperaler Natur. Es dürfte sich daher meines Erachtens ganz entschieden empfehlen, bei dem Kinde einen Versuch wenigstens mit dem löslichen Silber zu machen, und zwar entweder intravenös oder subcutan, auch in Form der Unguentum Credé auf dem Wege der Einreibung in die Haut, in welcher Weise die Einverleibung des Silbers natürlich langsamer vor sich geht, aber doch noch

sichere Wirkung verspricht. — Dr. A. Jacobi: Es soll in dem Falle ein Versuch mit Collargol gemacht werden. Diejenigen Herren, die mit der Credé'schen Salbe arbeiten, möchte ich darauf aufmerksam machen, dass sich dieselbe sehr leicht in die Haut einreiben lässt, wenn man ein paar Tropfen Wasser zusetzt, sonst aber sehr schwer.

2) Dr. A. Jacobi: Ich habe in letzter Zeit sehr viele Pneumoniefälle gesehen, die ganz besonders schwerer Natur waren und insgesammt von Anfang an mit Nephritis verliefen. Diese Fälle von Pneumonie nehmen an und für sich einen sehr schlimmen Verlauf. Ich habe heute einen jungen, kräftigen Mann sterben sehen, nach 5tägiger Erkrankung in einem Hause, in welchem ein anderer ebenso kräftiger Mensch vor einigen Tagen derselben Krankheit erlegen ist. Ich möchte wissen, wie sich das in der Praxis der anderen Herren verhält. In dem einen Falle fanden sich sehr wenig Pneumococcen, dagegen vorzugsweise Streptococcen in Lunge, Nieren und Blut. — Dr. Abraham Meyer: Ich habe auch solche Fälle gesehen, doch glaube ich nicht, dass die Erkrankung der Nieren durch eine Infection von der Lunge aus verursacht wird. Ich muss sagen, dass es nicht so selten vorkommt, dass sich unmittelbar an eine Lungenentzündung oder doch bald darnach eine Nephritis anschliesst, und ich bin der Ansicht, dass die Nephritis in solchen Fällen durch eine Toxaemie verursacht wird. — Dr. A. Jacobi: Complicationen von Pneumonie mit Nephritis kommen ja vielfach vor und sind auch in früheren Jahren schon vorgekommen, dies ist also nichts Neues. Was ich jedoch wissen wollte, ist, ob nach Ansicht der Herren in diesem Jahre eine besonders gefährliche Form von Pneumonie herrscht, bei welcher die Infection eine allgemeine ist und desshalb Blut, Lunge und Nieren zugleich inficirt werden. — Dr. Mannheimer: Handelt es sich hierbei um haemorrhagische Nephritis? — Dr. A. Jacobi: Es war in den betreffenden Fällen nur sehr wenig Blut zu finden, dagegen viele hyaline Cylinder.—Dr. Abraham Meyer: Wenn es sich hier um eine acute Entzündung der Niere handelte, sollte man da nicht denken, dass das specifische Gewicht des Urins erhöht wäre und müsste man da nicht noch mehr wie Epithelien finden? — Dr. Libman: Ich möchte fragen, ob die Blutuntersuchung post mortem gemacht worden war. — Dr. A. Jacobi: Dieselbe fand post mortem statt. — Dr. Libmann: Dann hat dieselbe nicht so viel Bedeutung, da in der Agone oft eine Einwanderung von Streptococcen stattfindet.

Sitzung vom 23. Mai 1902.

Vorsitzender: Dr. W. Balser.

Vorstellung von Patienten.

1) Dr. A. Jacobi: *Fall von Lymphcysten bei einem neugeborenen Kinde.* Das Kind, ein Mädchen, ist 14 Tage alt und ist das 7. Kind in der Familie; die übrigen 6 Kinder sind vollkommen normal. Zunge und Boden der Mundhöhle sind stark geschwollen. Die Schwellung dürfte wohl durch Gefässdruck seitens der Cysten verursacht sein. Das Kind sieht wohlgestaltet aus und ist mit Ausnahme eines sehr bedeutenden Cephalohaematoms über dem rechten Scheitelbein sonst gesund. Ich halte den Fall für multiple Lymphcysten.

Discussion. Dr. Kammerer: Ich habe noch nie einen derartigen Fall gesehen. Es scheint mir, dass die Geschwulst aus verschiedenen Tumoren besteht, welche Gestalt und Aussehen von Lymphdrüsen besitzen. Ich kann auch zu keiner anderen Diagnose kommen. Man sollte denken, dass eine Punction der cystischen Masse am Mundboden eine Erleichterung schaffen würde, freilich nur von kurzer Dauer. — Dr. A. Jacobi: Das Kind geht entschieden in dem Zustand, in dem es sich jetzt befindet, zu Grunde, da es nur mit grosser Schwierigkeit gefüttert werden kann. Ob unmittelbar nach der Punction eine Jodinjection gemacht werden soll, ist mir zweifelhaft, da im Anschluss daran grosse Schwellung eintreten könnte, die den Zustand nur noch verschlimmern würde. — Dr. Kammerer: Ich würde keine Jodinjection empfehlen, da darnach doch recht stürmische Erscheinungen auftreten könnten.

2) Dr. Kammerer: Ich stelle Ihnen hier einen Fall von *genuinem Morbus Basedowii* vor, den ich vor ungefähr einem Jahre operirt habe. Es hatte sich um einen typischen Fall gehandelt, mit Ausnahme der Augensymptome, die alle fehlten. Ich habe bei der Operation den am stärksten hypertrophirten rechten Lappen der Schilddrüse entfernt. Ich stelle die Patientin hauptsächlich desswegen hier vor, weil der Erfolg dieser Therapie eigentlich kein glänzender ist. Die Patientin wurde am 20. Januar vorigen Jahres operirt, mit dem Resultate, dass bis November eine ausgesprochene Besserung ihres Zustandes eingetreten war. Die Pulsfrequenz war damals bis auf 80—90 heruntergegangen, die Patientin war weniger reizbar und der Tremor hatte aufgehört. Bezüglich des Exophthalmus konnte ich keinen Unterschied bemerken. Die Patientin nahm dann eine Stellung an und konnte ihre Arbeit wohl verrichten. Ich habe sie seitdem mehrfach untersucht. Am 4. Februar hatte sie eine Pulsfrequenz von 130, heute eine solche von 160. Die Patientin befindet sich jetzt wieder in dem gleichen Zustande wie

vor der Operation. Meine persönlichen Erfahrungen mit der Operation bei Basedow sind keine günstigen. Man muss natürlich unterscheiden, warum man operirt. Ein Basedow, der Compressionserscheinungen macht, wird natürlich gebessert, wenn man die Schilddrüse entfernt. Was das sonstige Resultat anbelangt, so sind, wie schon erwähnt, meine Erfahrungen ungünstig. Ich habe 4 Fälle von Basedow operirt und habe 3 dieser Fälle direct nach der Operation verloren. Ich kann mir nicht vorwerfen, dass ich mir bei der Operation technische Fehler habe zu Schulden kommen lassen. Die 3 Fälle starben alle unter den gleichen Erscheinungen; der Puls stieg bis auf 220—240, die Patientinnen wurden cyanotisch und starben innerhalb von 12—24 Stunden. Ich bin der Ansicht, wir sollten, da die Operation doch gewisse Gefahren mit sich bringt und der Erfolg doch nicht sicher ist, die Operation nur in allerletzter Linie in Betracht ziehen.

Discussion. Dr. Willy Meyer: Ich habe vor zwei Jahren bei einem Mädchen mit ausgesprochenem Basedow die halbseitige Exstirpation der Schilddrüse vorgenommen. Die Patientin wurde dadurch ganz bedeutend gebessert. Die Pulsfrequenz ging zunächst bis auf 84 herunter, der Exophthalmus besserte sich zugleich mit dem ganzen Zustande. Ich sah die Patientin vor ungefähr 8 Tagen wieder und dieselbe theilte mir mit, dass die Besserung immer noch anhalte, nur der Exophthalmus machte ihr noch Besorgniss. Ich schlug ihr vor, auch die andere Seite der Schilddrüse zu exstirpiren, natürlich mit Hinterlassung eines kleinen Restes. — Dr. A. Jacobi: Was sind die Erfahrungen der Herren hier, die solche Fälle operirt haben? Es muss doch Fälle geben, die geheilt wurden. Ich habe vor etwa 1½ Jahren einem 30jährigen Manne den Rath gegeben, sich operiren zu lassen. Er wurde auch operirt und ist, so viel ich weiss, bis auf den heutigen Tag gesund geblieben. Ich liess ihn vor 4 oder 5 Monaten kommen, und um diese Zeit war er noch vollkommen gesund. — Dr. Kammerer: Derartige Fälle sind ja bekannt. Merkwürdiger Weise sind die Berichte in der Literatur über diesen Punkt sehr verschieden. — Dr. Rosenthal: Ich kann von einem Fall berichten, der von Dr. Gerster operirt wurde, aber nach der Operation starb. — Dr. Willy Meyer: Meines Wissens wurde über diesen Gegenstand noch niemals eine Statistik in den Vereinigten Staaten veröffentlicht. Mir scheint es, dass Basedow hier nicht so häufig vorkommt, wie in Europa. — Dr. Hirsch: Ich stimme mit Dr. Kammerer überein, dass ein operativer Eingriff bei Basedow keine sehr günstigen Resultate aufzuweisen hat. Wenn wirklich die Schilddrüse der pathologische Ausgangspunkt der Krankheit sein soll, so würde durch Entfernung eines Theiles der Schilddrüse Nichts geändert werden. Es handelt sich eben nicht um eine quantitative Veränderung der Schilddrüse, son

dern um eine qualitative. Ich selbst halte den Morbus Basedowii für eine Krankheit, die durch das Nervensystem bedingt ist. Ich glaube, dass man beim Basedow viel zu viel Gewicht auf die Schilddrüse legt. Die negativen Resultate der Operation sprechen für meine Ansicht. — Dr. Adler: Ich stimme bezüglich des Werthes der Operation bei Basedow durchaus mit Dr. Kammerer überein. Ich habe Gelegenheit gehabt, eine ziemlich grosse Anzahl von Basedowfällen zu sehen und zwar jeglichen Grades. Unter diesen Fällen waren mindestens vier, die operirt wurden durch Unterbindung oder durch Exstirpation eines Theiles der Schilddrüse. Bei einem Falle war eine temporäre Besserung zu bemerken, während die übrigen Fälle durch die Operation nicht einmal zeitweilig gebessert, im Gegentheil durch den Eingriff noch mehr heruntergebracht wurden. Andererseits wissen wir, dass so manche Fälle von Basedow sich spontan so weit bessern, dass sie einer Heilung nahekommen. Ich möchte die Herren fragen, ob sie keine Erfahrungen gesammelt haben über die Behandlung mit glycerinphosphorsaurem Natrium. Ich glaube bei ausgiebigem Gebrauche dieses Präparates ganz entschiedene Erfolge gesehen zu haben. Die Operation sollte nur dann ausgeführt werden, wenn wegen Compressionserscheinungen dringende Indication vorliegt. — Dr. Willy Meyer: Wenn man sich die trefflichen Resultate und zum Theil auch Dauerresultate der deutschen Kliniken ansieht, muss man sagen, dass die Operation trotz aller damit verbundenen Gefahren in sehr schweren Fällen doch indicirt sein kann, und ich bin der Ansicht, dass es sich bei sehr vielen Fällen weit mehr um eine quantitative Arbeit der Drüse handelt, als um eine veränderte qualitative. Es sind Fälle beobachtet worden, wo durch Ueberfütterung mit Schilddrüse künstlicher Basedow erzeugt wurde. — Dr. Adler: Den Standpunkt von Dr. Hirsch kann ich auch durchaus nicht theilen. Was nun die Fälle von Basedow betrifft, bei denen keine Schilddrüse nachweisbar ist, so müssen wir doch wohl im Sinne halten, dass es sehr vielfache succedane Schilddrüsen giebt an ganz atypischen Stellen, in der Brust und sogar im Abdomen. Ich selbst habe vor einigen Monaten einen Fall von ganz unzweifelhaftem Basedow gesehen, der alle Symptome darbot, nur keine Schilddrüse. Aber man konnte eine deutliche Dämpfung über dem Manubrium sterni nachweisen, die mit der Zunahme der Erscheinungen ebenfalls an Ausdehnung zunahm. — Dr. Kammerer: Natürlich müssen wir unterscheiden, ob wir einen Basedow wegen Compressionserscheinungen operiren oder aus anderer Ursache. Eine Operation wegen Compressionserscheinungen halte ich natürlich immer für indicirt. Die schweren Fälle von Basedow, die ich gesehen habe, hatten gar keine so grossen Schilddrüsen. Ich bin fest überzeugt, dass die Gefahr der Operation nicht in der

Operation selbst liegt, sondern durch einen anderen Factor bedingt ist, der sich freilich meiner Kenntniss entzieht.

3) Dr. Kammerer: Diesen Patienten hier hatte ich Ihnen schon vor einem Jahre vorgestellt. Er war von mir wegen eines *Magencarcinoms* im September 1900 operirt worden. Der Pat. befindet sich jetzt noch in einem leidlichen Zustand, von einem Recidiv ist bis jetzt nichts zu constatiren. Pat. kann so ziemlich alle Speisen vertragen, ausgenommen sehr schwere Sachen.

4) Dr. W. Hirsch: Ich habe diesen Pat. hier nur einmal gesehen, und da der Fall sehr viel Aussergewöhnliches und Interessantes bietet, habe ich den Pat. hierher bestellt. Einzelnes, was noch zu untersuchen wäre, ist noch nicht untersucht, ferner ist die Anamnese des Kranken leider nicht ganz zuverlässig. Etwa vor 13 Monaten wachte Pat. Nachts auf und fand sich in einem Zustande von Verwirrtheit. Seine Frau fand ihn angeblich in einem gänzlich hülflosen Zustand, in dem er nur schreien konnte; die Sprache hatte er verloren und er war angeblich auf der rechten Körperseite gelähmt. Pat. bot also vor 13 Monaten das typische Bild einer apoplectiformen rechtsseitigen Hemiplegie mit Aphasie. Dieser Zustand hielt einige Tage an und Pat. antwortete auf alle Fragen, die an ihn gerichtet wurden, immer nur „mein Kopf, mein Kopf." Er wurde dann nach dem Bellevue Hospital verbracht und, nachdem er daselbst einige Zeit verweilt hatte, nach dem City Hospital geschickt. Nach etwa 6 Wochen soll er wieder so weit hergestellt gewesen sein, dass er nach Hause gehen konnte. Er war als geheilt aus dem Hospital entlassen worden. Als er nach Hause kam, konnte er nicht arbeiten, und gab als Grund hierfür an, er könne seine rechte Hand nicht gebrauchen. Pat. ist Schneider und war früher Vorarbeiter gewesen, als welcher er zugleich an den Büchern beschäftigt war. Obwohl er sehr gut gehen und seinen rechten Arm vollkommen bewegen konnte, konnte er doch nicht seine altgewohnte Arbeit verrichten. Nach einigen Wochen stellte sich ein heftiger Kopfschmerz ein, verbunden mit Schwindel und gelegentlichem Erbrechen. Dieser Zustand verschlimmerte sich nach und nach so sehr, dass heute der Kopfschmerz, das gelegentliche Erbrechen und die Unfähigkeit, seine Arbeit zu verrichten, im Vordergrunde der Erscheinungen stehen. Wenn wir den Kranken untersuchen, ergeben sich keinerlei Störungen der groben Motilität, dieselbe ist vielmehr sowohl an der oberen wie unteren Extremität vollkommen erhalten. Die Sprache ist vollkommen intact. Dagegen besteht vollständige Agraphie: Pat. ist unfähig, irgend etwas zu schreiben, obwohl er im Vollbesitze der groben Kraft seiner rechten Hand ist. Ebenso besteht complete Alexie. Ferner ist eine Hyperaesthesie auf der ganzen

rechten Körperhälfte vorhanden, ausserdem rechtsseitige Apraxie, d. h. der Kranke ist nicht im Stande, seine rechte Hand in zweckmässiger Weise zu gebrauchen. Es ist nun die Frage, welche Diagnose in diesem Falle zu stellen ist. Wie ich bereits vorausgeschickt habe, kommt sehr viel auf die richtige Anamnese an und zwar hauptsächlich auf die chronologische Reihenfolge der Symptome. Ursprünglich konnte man ohne Weiteres an eine Blutung in die innere Capsel denken, dagegen spricht jedoch der weitere Verlauf. Die subjectiven Symptome, die der Mann heute darbietet, deuten vielmehr sofort auf einen Hirntumor hin. Allerdings fehlt die Stauungspapille, die jedoch nicht bei einem jeden Hirntumor vorhanden zu sein braucht. Der ganze klinische Verlauf würde mich also zu der Annahme führen, dass es sich hier thatsächlich um einen Hirntumor handelt. Es frägt sich nur, wo ist der Sitz dieses Tumors und wie haben wir die ersten Symptome und den apoplectiformen Anfall zu erklären. Ein Tumor, der seinen Sitz in dem Centrum semiovale der linken Seite und unmittelbar hinter dem Cyrus angularis hätte, würde die Erscheinungen, die der Mann jetzt zeigt, wohl erklären. Das Fehlen der Hemianopsie und die Agraphie und Alexie würden dadurch jedoch keine Erklärung finden. Der Mann war angeblich bis zu dem ersten apoplectischen Anfall ganz gesund gewesen. Nun ist es nichts Seltenes, dass ein Hirntumor bis zu einer gewissen Zeit latent verläuft und dann plötzlich und ganz acut einen apoplectiformen Anfall hervorruft. Gewöhnlich handelt es sich dann um eine Blutung innerhalb des Tumors selbst oder in der Nachbarschaft desselben. Dies kann auch hier der Fall gewesen sein. Pat. ist dann von der Blutung genesen, und ganz allmählich haben sich später die Erscheinungen des zu Grunde liegenden Tumors geltend gemacht. Ich gebe zu, dass man diese Diagnose nicht mit absoluter Sicherheit stellen kann. Der Symptomencomplex lässt vielmehr auch noch eine andere Deutung zu, auf die ich hier nicht näher eingehen will.

5) Dr. A. Jacobi: Dieses Kind hier ist 15 Monate alt und ist leicht cyanotisch. Die Cyanose der Lippen und der Schleimhäute nimmt zu, wenn das Kind schreit. Die Endphalangen sind geschwellt und hypertrophisch, die Nägel gekrümmt. Am Herzen finden sich die folgenden Erscheinungen: Dasselbe ist nicht hypertrophisch, die Herzdämpfung ist nicht besonders ausgesprochen. Es ist ein starkes Geräusch wahrnehmbar über der Aorta und der Pulmonalis, sehr viel weniger über Mitralis und Tricuspidalis. Es handelt sich um einen Fall von *offen gebliebenem Ductus arteriosus Botalli.*

Vorzeigen von Präparaten und Instrumenten.

1) Dr. Rudisch demonstrirt einen Fall von *acuter gelber Leberatrophie.*

2) Dr. A. Jacobi demonstrirt eine Geschwulst, die er vor einigen Monaten hier als Dermoid vorgestellt hatte. Die angebliche Dermoidgeschwulst wurde exstirpirt und erwies sich als *Meningocele.*

3) Dr. Kammerer zeigt Präparate von *multipler Sarcombildung in den beiden Nervi ischiadici.*

4) Dr. Einhorn demonstrirt ein von ihm construirtes *Instrument zur Ernährung von Patienten mit Oesophagusdilatation.*

A. Ripperger, Secretär.

Kleine Mittheilungen.

— Die *Deutsche Medicinische Gesellschaft der Stadt New York* wählte in ihrer Jahresversammlung am 1. December die folgenden Beamten: Dr. H. J. Boldt, Präsident; Dr. Louis Heitzmann, Vicepräsident; Dr. John Beuermann, protocollirender Secretär; Dr. A. Ripperger, stellvertr. protocollirender Secretär; Dr. F. J. Leviseur, corresp. Secretär; Dr. S. Breitenfeld, Schatzmeister. Aufnahme-Comité: Dr. J. W. Gleitsmann, Dr. W. Freudenthal, Dr. G. W. Jacoby, Dr. Willy Meyer und Dr. A. Seibert.

— Die J. M. Breitenbach Co. (Gude's Pepto-Mangan) hat auch in diesem Jahre wieder ihr bekanntes und beliebtes Year Book an sämmtliche Aerzte versandt. Während die Ausstattung dieselbe geblieben ist, bringt die erste Seite ein trefflich ausgeführtes Portrait des verstorbenen Prof. Adolf Kussmaul. Der genannten Firma gebührt alle Anerkennung sowohl für die Herstellung des Jahrbuches, als auch für die Auswahl des Titelbildes.

— *Aufruf zur Errichtung eines Denkmals für Rudolf Virchow.* Unser Virchow wurde uns am 5. September v. J. durch den Tod entrissen. Von allen Seiten ist der Wunsch laut geworden, als Zeichen unserer Dankbarkeit und zur Aufmunterung für künftige Geschlechter ihm in Berlin, der Stätte seiner Entwickelung und Hauptwirksamkeit, an öffentlicher Stelle ein Denkmal zu errichten.

Das Comitee, welches ihm an seinem 80. Geburtstage die Virchow-Stiftung überreichte, hat es übernommen, diese Aufgabe auszuführen und richtet deshalb an die Schüler, Collegen, Verehrer und Freunde unseres grossen Meisters Rudolf Virchow die Bitte, sowohl selbst einen Beitrag zu spenden, als auch in ihren Kreisen zu Beiträgen aufzufordern.

Unser Schatzmeister, Herr Geh. Commerzienrath E von Mendelssohn-Bartholdy ist bereit, solche unter der Adresse: Bankhaus Mendelssohn & Cie., Berlin W., Jägerstrasse 49—50 in Empfang zu nehmen. Auch liegen Listen in den Buchhandlungen A. Asher & Co., Berlin W. Unter den Linden 13, A. Hirschwald, Berlin NW. Unter den Linden 68 und Georg Reimer, Berlin W. Lützowstrasse 107—108 sowie beim Custos

des Langenbeck-Hauses, Herrn Melzer, Berlin NW. Ziegelstrasse 10—11 aus.

Alle Mittheilungen, soweit sie nicht die Einzahlung von Beiträgen betreffen, bitten wir an unseren Schriftführer, Herrn Professor Dr. Posner, Berlin SW., Anhaltstr. 7 zu richten.

Der geschäftsführende Ausschuss.

Berlin 13. October.

Aufruf zur Errichtung eines Denkmals für den Begründer der Hygiene, Dr. Max von Pettenkofer. Dr. Max von Pettenkofer ist am 9. Februar 1901 in München gestorben. Wenige Namen sind so weit wie der seinige über die bewohnte Erde gedrungen. Er ist der geniale Eroberer eines neuen fruchtbaren Geistesgebietes, der wissenschaftlichen Hygiene, welche die Schrecken der Seuchen bannt und die Macht des Todes beschränkt, einer jener Unsterblichen, deren Thaten und Werke fortzeugend Gutes schaffen bis ans Ende des Irdischen. Die Segnungen seiner bahnbrechenden Forschungsresultate haben nicht ausschliesslich seine nächste Umgebung allein berührt, sondern über die deutschen Lande hinaus sich über die ganze civilisirte Welt verbreitet. Es giebt kaum ein grösseres Gemeinwesen, das nicht aus dem Walten des grossen Gelehrten den reichsten Nutzen gezogen, keine aufstrebende Stadt, welche nicht die Pettenkofer'schen Lehren der Sanirung des Untergrundes in die practische Wirklichkeit zu übersetzen bemüht wäre, keinen Kulturstaat, der nicht die öffentliche Gesundheitspflege im Sinne Pettenkofer's als eine seiner wichtigsten Aufgaben betrachtete.

Beseelt von dem Wunsche, das Andenken dieses hervorragenden Wohlthäters der Menschheit in Aller Gedächtniss und vor Aller Augen zu halten und die Erinnerung an ihn, den unentwegten Vorkämpfer für die Erhaltung des höchsten zeitlichen Gutes, in einem sichtbaren Bilde zu verewigen, ist das unterzeichnete Comité zusammengetreten, das sich die Aufgabe stellt, Max von Pettenkofer in München, der Stadt, in der er sein ganzes Leben verbracht und seine wissenschaftliche Thätigkeit als Universitätsprofessor begonnen, ein würdiges Denkmal zu errichten.

Zur Erreichung dieses Zweckes wendet sich das Comité an die Freunde und Verehrer des verewigten Meisters, an die ganze gebildete Welt mit der Bitte, sich an diesem Werk der Dankbarkeit zu betheiligen.

Mögen Alle, ein Jeder in seinem Kreise, für eine umfassende Theilnahme an der würdigen Durchführung des schönen Gedankens nach Kräften thätig sein.

Beiträge werden von der Bayerischen Handelsbank in München, welche die Cassengeschäfte des Comités führt, sowie im Bureau des I. Bürgermeisters in München, Rathhaus Zimmer Nr. 80-II dankbarst entgegengenommen.

München, im December 1902.

Das Comité zur Errichtung eines Pettenkofer-Denkmals in München.